

F A X 0853-63-5118  
※太線枠内をご記入ください

2026年度 生活習慣病予防健診 受診申込書

申込日 20 年 月 日

保険者番号	事業所名			個人負担金 支払方法	<input type="checkbox"/> すべて個人（窓口）支払 <input type="checkbox"/> 一般健診負担金（5,500円）のみ事業所へ請求 <input type="checkbox"/> 協会けんぽの補助のある検査のみ事業所へ請求 <input type="checkbox"/> すべて事業所へ請求	
	担当者名		TEL			
			FAX			
記号	事業所住所	※健診案内・結果表・請求書はすべて事業所住所へ送付いたします 〒			ジョイメイトチケット	あり ・ なし
					事業所用結果の送付	必要 ・ 不要

番号	受診者氏名	性別	生年月日	希望健診の種別		胃部 (無しは午後の実施)	希望月	備考 (オプション・旧姓・同日の人数)	受診決定日
1	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	一般 ・ 節目	子宮 ・ 乳がん	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 治療中または他で実施のため無し <input type="checkbox"/> アレルギーや妊産婦のため無し			
2	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	一般 ・ 節目	子宮 ・ 乳がん	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 治療中または他で実施のため無し <input type="checkbox"/> アレルギーや妊産婦のため無し			
3	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	一般 ・ 節目	子宮 ・ 乳がん	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 治療中または他で実施のため無し <input type="checkbox"/> アレルギーや妊産婦のため無し			
4	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	一般 ・ 節目	子宮 ・ 乳がん	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 治療中または他で実施のため無し <input type="checkbox"/> アレルギーや妊産婦のため無し			
5	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	一般 ・ 節目	子宮 ・ 乳がん	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 治療中または他で実施のため無し <input type="checkbox"/> アレルギーや妊産婦のため無し			
6	ふりがな	男 ・ 女	S ・ H	一般 ・ 節目	子宮 ・ 乳がん	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 治療中または他で実施のため無し <input type="checkbox"/> アレルギーや妊産婦のため無し			

☎691-0003

島根県出雲市灘分町613

出雲市立総合医療センター健康管理センター

TEL 0853-63-5119

FAX 0853-63-5118

病院 欄	受 付	入 力	確 認	連 絡
---------	--------	--------	--------	--------