【協会けんぽ　事業者健診】水沢病院用予約申込書

＊太枠内記載後返送願います。⇒
（調整後、順次ご連絡いたします。）

FAX（専用）　0197－24－9091（健診センター）
メール（専用）　kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp

企　業　名　＜　　＞　☐ 提供依頼書提出（済・可）*1

保険者番号　＜　　＞ 記号　＜　　＞

住所・連絡先　＜〒　　－　　TEL:　　担当者:　　＞

	ふりがな 氏名	生年月日 性別	現住所 電話番号（連絡先）	追加検査（すべて自由診療（希望者のみ）） （別紙資料を参考に希望項目にレ点）				
保険証番号		昭和・平成 年　月　日		☐ 全身MRI（DWIBS）	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ピロリ菌検査	第1希望
				☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	／
				☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	（　　）	第2希望
		男・女		☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐（　　）	／
保険証番号		昭和・平成 年　月　日		☐ 全身MRI（DWIBS）	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ピロリ菌検査	第1希望
				☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	／
				☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	（　　）	第2希望
		男・女		☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐（　　）	／
保険証番号		昭和・平成 年　月　日		☐ 全身MRI（DWIBS）	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ピロリ菌検査	第1希望
				☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	／
				☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	（　　）	第2希望
		男・女		☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐（　　）	／
保険証番号		昭和・平成 年　月　日		☐ 全身MRI（DWIBS）	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ピロリ菌検査	第1希望
				☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	／
				☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	（　　）	第2希望
		男・女		☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐（　　）	／

問　診　票	☐ ホームページよりダウンロード	☐ 上記企業先住所へ郵送
支払方法	☐ 個人ごとに当日窓口払い	☐ 上記企業先住所へ請求書郵送（御振込願います）
結果票郵送先	☐ 上記企業先住所へ	☐ 会社用の控え希望
	※ 結果(原本)は、個人ごとに封をして発送となります。	※保険者（協会けんぽ）への結果はデータで当院より送信します。
備　考　欄 （ご希望等があればこちらへ自由にご記入ください）		

＊1 「提供依頼書」がない場合、当院から協会けんぽへ事業者健診情報を提供することができません。事業所の委託を受けて提供します。

＊2 追加検診（検査）は、個人申込扱い（自由診療）となりますので事業者健診料金には含みません。