長崎県五島中央病院 医事係 健診担当 宛 FAX 0959-74-5788

## 協会けんぽ申込書

事 業 所 名:
保険者番号 :
保険証記号:
担当者様氏名:
電 話 番 号:
FAX番号:

TEL 0959-72-3181

令和7年度末時点の年 齢をご記入ください

No.

	氏名 (保险紅来日) 生年月日 年齢 性別		AI		法 ※1.2	コース区分		ì	<b>※</b> 5				
	(保険証番号)	<u> </u>	1 87 127	門透視		胃カメラ							
/Ed	<sup>フリガナ</sup> ゴビョウ ハナコ	昭和	15		1	Oをつけてください	付加健診※3 乳がん検診	☑ 腹部 ☑ 超音		子宮がん 子宮 (細胞診) (超音	がん 音波) 脳MRI	その他	
例	五病 花子 (01234567)	59年 4月 2日 平成	40歳 男	女	☑	栓口 栓鼻)	子宮がん検診(単独)※4	図   眼原	乳腺	前立腺肺がんでき		おすすめセット①	
	71137+	- 昭和				Oをつけてください	付加健診※3	□ 腹部	マンモ	子宮がん 子宮	-	その他	
1		年 月 日平成	歳 男・	女 □		(栓口 ・栓鼻)	乳がん検診 子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	可咱		バん 塩書		
	לאָויכ	昭和			-	Oをつけてください	付加健診※3 乳がん検診			子宮がん 子宮 (細胞診) (超音	がん 音波) 脳MRI	その他	
2		年月日 平成	歳 男・	女 🗆		(栓口 ・栓鼻)	子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	□ 眼原	乳腺工コー	前立腺 肺がん セ	がん 梅毒		
3	フリガナ	- 昭和 年 月 日	歳男・	女		Oをつけてください (47 m 47 自)	付加健診※3 乳がん検診	□ 腹部 □ 超音		子宮がん 子宮 (細胞診) (超	がん 音波) 脳MRI	その他	
		年月日 平成	服 另 。			(経口・経鼻)	子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	乳腺工コー		がん 梅毒		
4	フリガナ	- 昭和 年 月 日	歳男・	女			付加健診※3 乳がん検診	□ 腹部 超音		子宮がん (細胞診) (超音	がん 音波) 脳MRI	その他	
4		平成平成	# 37 ·			(経口・経鼻)	子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	乳腺工コー		がん梅毒		
5	フリガナ	昭和 年月日	歳男・	女		○をつけてください /4マ <b>- 4</b> マ 自 <b>・</b>	付加健診※3 乳がん検診	□ 腹部 □ 超音		子宮がん 子宮 (細胞診) (超	がん 音波) 脳MRI	その他	
9		年月日 平成	献 另 。			(栓口 *栓鼻)	子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	眼巾	乳腺工コー		がん梅毒		

- ※1 胃検査方法をお選びください。胃カメラで経口または経鼻の選択がない場合は経口でのお申し込みとなります。
- ※2 胃検査を希望しない場合は【連絡事項】へ理由を記載してください。(必須)
- ※3 対象年齢は、今年度40・45・50・55・60・65・70歳になる方です。

(検査項目:尿沈渣顕微鏡検査・眼底検査・血液学的検査・生化学的検査・肺機能検査・腹部超音波検査)

- ※4 20歳から38歳の偶数年齢にあたる女性の方で子宮頸がん検診(単独)をご希望の際は選択してください。
- ※5 「追加オプション」は別紙「オプション検査一覧」の中から選択してください。(全額自己負担となります)

## 【連絡事項】