

生活習慣病健診申込書【自費】

《検査項目》 診察・血圧・身長・体重・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査

《検査料金》 11,000円

(消費税込み) 胃部X線検査:8,470円

便潜血検査: 1,430円

【胃部X線検査、便潜血検査、両方追加の場合19,800円となります。】

《申込方法》 受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえFAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号			
健康保険証の記号		事業所ご担当者	

送付先:(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください

送付先住所	〒		
電話番号	()	送付先ご担当者	

お支払方法

当日窓口払い 後日会社請求

※希望のコースに○をしてください(検査料金税込み)

フリガナ 氏名	性別	生年月日	予約日	基本コース	+便	+胃	+便・胃
			予約時間	¥11,000	¥12,430	¥19,470	¥19,800
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分				

FAX 042-648-8652

医療法人社団 国立あおやぎ会 八王子健康管理センター