

人間ドック申込書

出雲市民病院 健診センター TEL (0853)33-9004

FAX (0853)21-8105

申込用紙に必要事項をご記入の上、受診者名簿と併せてお申し込みください

事業所名		申込日	
事業所住所	〒	電話番号	
		FAX番号	
		ご担当者名	

下記の各項目に☑をお願いします

事前書類(問診票)送付先	
<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 事業所以外 ※送付先をご記入ください (〒)	
お支払方法	
【人間ドック基本料金】 <input type="checkbox"/> 当日窓口支払い <input type="checkbox"/> 会社請求 (<input type="checkbox"/> ひと月分ごと <input type="checkbox"/> 全員分まとめて最後に <input type="checkbox"/> その他要望) ※請求先が事業所住所と異なる場合は請求先をご記入ください ※あれば()にご記入ください (〒) ()	※当日窓口支払いの場合、領収書の宛名はご受診者名となります 会社名での領収書をご希望の場合は事前にお知らせください
【その他オプション料金】 当日窓口支払い 会社請求	
企業用結果票送付先	本人用結果票送付先
<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 事業所以外 ※送付先をご記入ください (〒)	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 事業所以外 ※送付先をご記入ください (〒)

健診コース	料金 / 対象者 / 詳細
一般半日人間ドック	・バリウムまたは胃検査なし 37,400円 ・胃カメラ 39,050円 どなたでもご受診いただけます
組合員半日人間ドック	・バリウムまたは胃検査なし 31,350円 ・胃カメラ 33,000円 出雲医療生活協同組合の組合員本人
いいとき(イ〜トキ)ドック ※2月、3月のみ	・バリウムまたは胃検査なし 29,150円 ・胃カメラ 30,800円 出雲医療生活協同組合の組合員本人限定で2月、3月はお安くなっています
すこやか健診	・一般 18,040円 ・組合員 15,070円 どなたでもご受診いただけます 労働安全衛生法に基づいた健診 + ・推定塩分摂取量検査 ・血管機能検査 ・骨密度 ・ビタミンD ・腹部超音波検査

人間ドック受診者名簿 ①

枚数	/
----	---

出雲市民病院 健診センター TEL (0853)33-9004

FAX (0853)21-8105

病院使用欄

PC

準備物

事業所名	
------	--

※人間ドック受付時間 8:00~8:20、すこやか健診受付時間 8:30~9:30

※乳がん検診は院外(月・木曜ひゃくどみクリニック、火・水・金曜ヘルスサイエンスセンター島根)で実施。別紙「乳がん検診のご案内」参照。

	受診希望日		フリガナ	性別	生年月日	ジョイメイト 補助券	人間ドック内容		備考、オプション
	第1希望	第2希望	氏名				(ご希望の内容を○で囲んでください)		
1			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
2			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
3			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
4			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
5			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
6			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
7			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	

人間ドック受診者名簿 ②

枚数	/
----	---

出雲市民病院 健診センター TEL (0853)33-9004

FAX (0853)21-8105

病院使用欄

PC

準備物

事業所名	
------	--

※人間ドック受付時間 8:00~8:20、すこやか健診受付時間 8:30~9:30

※乳がん検診は院外(月・木曜ひゃくどみクリニック、火・水・金曜ヘルスサイエンスセンター島根)で実施。別紙「乳がん検診のご案内」参照。

	受診希望日		フリガナ	性別	生年月日	ジョイメイト 補助券	人間ドック内容		備考、オプション
	第1希望	第2希望	氏名				(ご希望の内容を○で囲んでください)		
8			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
9			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
10			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
11			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
12			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
13			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	
14			フリガナ	男・女	S・H	あり・なし	胃なし	バリウム	
							鼻カメラ	口カメラ	