

特定健康診査 FAX申込書(公立学校共済組合員様用)

近畿中央病院 健康管理係 FAX番号 072-781-2215 (24時間受信可能)

受診希望日 (申込日より1週間以上先の 平日 火・水・木曜日をご希 望下さい)	受診希望日①	年	月	日( )
	受診希望日②	年	月	日( )
	受診希望日③	年	月	日( )

受診者様情報

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成
氏名					年 月 日
ご住所	〒				
連絡先( )	-				
返信先FAX番号 (必ずご記入下さい)	( )	-			・勤務先・自宅 勤務先の場合は勤務先名称もご記入ください
当院 診察券	有・無 (No. )				←お持ちの場合は番号 をご記入ください

保険証について

保険者 名称	公立学校共済組合 ( 三重 ・ 滋賀 ・ 京都 ・ 大阪 兵庫 ・ 奈良 ・ 鳥取 ) 支部	種別(いずれかに○)	
	その他(公立学校共済組合 支部)	1 現職 本人	
組合員番号	枝番( )	2 現職 家族	
		3 任意継続 本人	
		4 任意継続 家族	

特定健康診査受診券について (受診券を同時にFAXいただける場合は記入不要)

受診券整理番号									
受診券交付年月日		年	月	日	※左欄、記入しない場合は 必ず受診券をこの申込書と 同時にFAX下さいますよう お願いします。				
受診券有効期限		年	月	日					

オプション検査 希望する項目番号を○で囲んでください

1	MCIリスク検査プラス	22,000円	5	動脈硬化ドック	3,850円
2	LOX-index検査	16,500円	6	A B C検査	3,850円
3	アレルギー検査	16,500円	7	体成分分析検査	1,650円
4	内臓脂肪測定	3,850円			

病 院 返 信 記 連 入 絡 欄 ・	1	受診日を 年 月 日( )に決定いたしました。				
		ご自宅宛に受診セットを送付します。ご不明な点等ございましたら受診日までにご連絡ください。				
	2					
		FAX受理日 / /	FAX返信日(処理完了日) / /	担当者		
	電話連絡記録 / /	カルテID				