

受診申込書

記入日 令和 年 月 日

□一日人間ドック

ご記入または該当する番号に○をつけてください。

受診(希望)日	令和 年 月 日 ()	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 歳
フリガナ		性別	送 迎	1 要 場所 () 2 不要または金ヶ崎町在住
氏 名		男・女		
住 所	〒 -			
電話番号	自宅 -	携帯電話	- -	
組合員区分	1. 正組合員 2. 准組合員 3. 正・准組合員家族(組合員名) 4. 組合員外 ※農事実行組合名 ()			
保険区分	1. 国民健康保険 2. 後期高齢者医療保険 3. その他保険(社保等)			
今回のお申込みのきっかけは何ですか？ 1. チラシ 2. ダイレクトメール 3. 知人から 4. ラジオ 5. その他				

□オプション検査

一日人間ドックと一緒に受診できます。

希望する検査の申込欄に○印を記入してください。検査料金は一日人間ドック検査料金へ加算します。

検査項目	料金(円)	申込	検査項目	料金(円)	申込	検査項目	料金(円)	申込
①脳MRI・MRA <small>受診は盛岡人間ドックセンター</small>	39,600		⑥膀胱超音波	2,200		女性限定	⑪子宮頸がん	4,950
②心臓・頸動脈超音波	15,400		⑦ヘリコバ'カー'抗体	1,100			⑫HPV(子宮頸がん検査の 受診者のみ)	3,667
③心臓心電図	11,000		腫瘍マーカー	⑧男性	4,510		⑬乳房超音波(40歳以上)	3,960
④胸部低線量CT	11,000			⑨女性	6,380			
⑤内臓脂肪CT	4,400		⑩甲状腺機能	3,300		・オプション検査単独では受診できません。 ・料金は税込みです。 ・オプション検査の詳細はお問合せください。		
検査料金	一日人間ドック		オプション検査計		合計金額(助成を受ける前の金額)			
	□男性	42,900円	円		円			
	□女性	43,450円						

JA 記入欄

受付		登録		変更		資材	計算欄	
月日	係	月日	係	月日	係		基本料金+オプション-JA助成-他助成	合計
							男 42,900+	- -
							女 43,450+	- -
								円