

# 生活習慣病健診①・②【自費】

H28年度申込書・フィオーレ

## 生活習慣病健診① 19,440円(税抜:18,000円)

※便潜血検査が不要の場合、18,036円(税抜:16,700円)となります。

《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  
胃部X線検査・便潜血検査

## 生活習慣病健診② 10,800円(税抜:10,000円)

※便潜血検査を希望の場合、12,204円(税抜:11,300円)となります。

《検査項目》 上記の生活習慣病健診①検査項目の内、胃部X線検査・便潜血検査を除く

【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			ご担当者名	
事業所所在地	〒	電話番号		
保険者番号		保険証の記号		

調査票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・営業所名	〒	電話番号		ご担当者名	
------------	---	------	--	-------	--

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください 年 月 日	受診予約日 受付時間 月 日 :	希望のコースを○で 囲んでください <small>便(有無)希望の場合は○で囲んでください</small>		備考
					生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	生活① ▲便(無)	生活② +便(有)	