

【協会けんぽ】伊勢病院専用申込書

【伊勢病院専用】
FAX: 0596-23-9035

<p>★申し込みに必要な物</p> <p>①協会けんぽ生活習慣病予防健診対象者一覧</p> <p>②伊勢病院専用申込書(本紙)</p> <p>★申し込みの手順</p> <p>1. ①の一覧で、希望する協会けんぽの健診項目に○印をつけてください。</p> <p>2. ②(本紙)に必要事項を記入。</p> <p>3. ①と②を、FAX又はメールで当院に送信してください。</p> <p>【F A X】0596-23-9035</p> <p>【メール】hos-kensin@city.ise.mie.jp</p> <p>→申込受付順で調整し、基本的には1週間程度で連絡させていただきます。</p> <p>※胃検診を胃カメラへ変更する場合は、差額 3,050円 が発生します。</p> <p>※協会けんぽ対象外の方の申し込みをされる場合は、「【その他】伊勢病院専用申込書」に記入してください。</p> <p><u>受診案内一式は、受診者個人宅への郵送となります。</u></p>	フリガナ 氏名	住所	電話番号 (携帯電話)	胃検診 <small>変更の際は○をしてください。</small>	備考 (希望時期、オプション追加等)	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	
					・キャンセル ・胃カメラ(口)に変更 ・胃カメラ(鼻)に変更	

◆ご連絡先		◆健診料金(自己負担金)のお支払い方法選択	◆備考
事業所所在地		当日窓口支払 ・ 会社請求	
事業所名称		上記のどちらかを○で囲ってください。	
担当者名		※ 当日医師判断で眼底検査が追加になった場合、 料金(79円)は窓口支払いになります。	
電話番号			
FAX番号		※ 窓口支払と会社請求の併用はできませんので ご了承ください。(受診者別やオプション料金など)	