

令和7年度（2025年度）伊勢病院専用申込書

▼事業所情報

| | | | |
|--------|---------|------------|-----------------|
| ① 事業所名 | ② 事業所住所 | ③ 電話/FAX番号 | ④ フリガナ ご担当者名 |
| | 〒 | Tel FAX | ----- |

▼お支払方法

| | |
|--|--|
| ⑤ コース料金 | ⑥ オプション料金 |
| <input type="checkbox"/> 本人支払（現金orクレジット） <input type="checkbox"/> 事業所請求（銀行振込のみ） | <input type="checkbox"/> 本人支払（現金orクレジット） <input type="checkbox"/> 事業所請求（銀行振込のみ） |

※新規の事業所様はコース料金・オプション料金ともに「本人支払」とさせていただきます。

※年度途中でのお支払い方法変更は不可とさせていただきます。

▼受診者情報

| ⑦ フリガナ/氏名 性別/生年月日 | ⑧ 受診者住所/携帯電話番号 | ⑨ 保険証情報 | ⑩ コース | ⑪ オプション | | | | ⑫ 受診希望月 |
|---|----------------|--|---|---|--|--|--|---|
| | | | | 胃検査 | 婦人科 | 血液検査 | その他 | |
| (カナ) ----- (氏名) ----- (患者番号) ----- (性別) ----- 男 ・ 女 (生年月日) ----- 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 | 〒 | (区分) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (保険者番号) ----- (記号) ----- (番号) ----- (積番) ----- | <input type="checkbox"/> 協会一般 <input type="checkbox"/> 人間ドック (スタンダード) <input type="checkbox"/> 協会付加 (40-45-50-55-60-65-70歳) <input type="checkbox"/> 協会付加 (自費) <input type="checkbox"/> 協会子宮単独 (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣ドック | <input type="checkbox"/> 経口カラ <input type="checkbox"/> 経鼻カラ <input type="checkbox"/> キャンセル | <input type="checkbox"/> 協会子宮がん (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診+膣ドック) <input type="checkbox"/> 協会マンゲラフイ <input type="checkbox"/> マンゲラフイ <input type="checkbox"/> 乳ドック | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC (E' D'+A' アジノゲン) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (HBs抗原-抗体, HCV抗体) <input type="checkbox"/> 協会肝炎 (HBs抗原, HCV抗体) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (生体検体/50歳以上) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (不活化検体/50歳以上) | <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 膣ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック <input type="checkbox"/> 腸内フローラ <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DEX+骨 | 2/3受付開始 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 4/1受付開始 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 6/2受付開始 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 8/1受付開始 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 |
| (カナ) ----- (氏名) ----- (患者番号) ----- (性別) ----- 男 ・ 女 (生年月日) ----- 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 | 〒 | (区分) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (保険者番号) ----- (記号) ----- (番号) ----- (積番) ----- | <input type="checkbox"/> 協会一般 <input type="checkbox"/> 人間ドック (スタンダード) <input type="checkbox"/> 協会付加 (40-45-50-55-60-65-70歳) <input type="checkbox"/> 協会付加 (自費) <input type="checkbox"/> 協会子宮単独 (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣ドック | <input type="checkbox"/> 経口カラ <input type="checkbox"/> 経鼻カラ <input type="checkbox"/> キャンセル | <input type="checkbox"/> 協会子宮がん (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診+膣ドック) <input type="checkbox"/> 協会マンゲラフイ <input type="checkbox"/> マンゲラフイ <input type="checkbox"/> 乳ドック | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC (E' D'+A' アジノゲン) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (HBs抗原-抗体, HCV抗体) <input type="checkbox"/> 協会肝炎 (HBs抗原, HCV抗体) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (生体検体/50歳以上) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (不活化検体/50歳以上) | <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 膣ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック <input type="checkbox"/> 腸内フローラ <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DEX+骨 | 2/3受付開始 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 4/1受付開始 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 6/2受付開始 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 8/1受付開始 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 |
| (カナ) ----- (氏名) ----- (患者番号) ----- (性別) ----- 男 ・ 女 (生年月日) ----- 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 | 〒 | (区分) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (保険者番号) ----- (記号) ----- (番号) ----- (積番) ----- | <input type="checkbox"/> 協会一般 <input type="checkbox"/> 人間ドック (スタンダード) <input type="checkbox"/> 協会付加 (40-45-50-55-60-65-70歳) <input type="checkbox"/> 協会付加 (自費) <input type="checkbox"/> 協会子宮単独 (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣ドック | <input type="checkbox"/> 経口カラ <input type="checkbox"/> 経鼻カラ <input type="checkbox"/> キャンセル | <input type="checkbox"/> 協会子宮がん (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診+膣ドック) <input type="checkbox"/> 協会マンゲラフイ <input type="checkbox"/> マンゲラフイ <input type="checkbox"/> 乳ドック | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC (E' D'+A' アジノゲン) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (HBs抗原-抗体, HCV抗体) <input type="checkbox"/> 協会肝炎 (HBs抗原, HCV抗体) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (生体検体/50歳以上) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (不活化検体/50歳以上) | <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 膣ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック <input type="checkbox"/> 腸内フローラ <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DEX+骨 | 2/3受付開始 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 4/1受付開始 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 6/2受付開始 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 8/1受付開始 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 |

▼連絡欄（その他、ご要望など）

★申し込み手順

- 1) 本様式の①～⑫をご記入ください。
- 2) 本様式をEメール等にて送信してください。
- 3) 記入漏れや不備がなければ、先着順にて受付させていただきます。

★注意

- 1) 申込受付順で調整し、二週間をめぐにご連絡させていただきます。
- 2) 受付開始は2/3・4/1・6/2・8/1の8時30分となります。
- 3) 受付開始前の申し込みはお受けすることはできません。
- 4) 記入漏れ等不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- 5) 「⑨保険証情報」欄は協会けんぽ対象者一覧・保険証コピーの添付で代用可です。
- 6) 同時刻の受付は①Eメール ②FAX ③来院の順とさせていただきます。

健診センター <E-mail: hos-kensin@city.ise.mie.jp FAX: 0596-23-9035 > まで送信してください