

## 【2017年度】健康診断申込書

ふりがな		生年月日	大正				
氏名	男 女		昭和	年	月	日	平成
住所	〒 —						
電話番号	( )	携帯電話	( )				
健康保険	健康保険名 ( )		保険者番号 ( )		本人		
	記号 ( )		番号 ( )		家族		

① 希望の受診日をご記入願います。

- 第1希望日 平成 年 月 日 曜日  
 ○ 第2希望日 平成 年 月 日 曜日

② 希望のコースに○をご記入願います。

一般	項目	料金 (税込み)
	労働安全衛生法に基づく定期健康診断 ※①	12,582円
	入社時・雇入れ健康診断 ※①、※②	内容によって異なります。
	特定健康診査	契約によって異なります。

※① 健康診断書が必要な方は、文書作成料が別途 2,700 円かかります。

※② 健康保険組合や会社から指定されている検査内容が分かる用紙を、予約時にご用意ください。

婦人科	項目	料金 (税込み)
	子宮頸部がん検査	4,644円
	HPV 検査 (ハイリスク型) ※③	5,400円
	経膈超音波検査 ※③	4,320円
	乳房レントゲン (マンモグラフィ 1 方向) 検査 ※④、視触診	5,400円
	乳房エコー検査、視触診	5,400円
	乳房レントゲン (マンモグラフィ 1 方向) 検査 ※④、乳房エコー検査、視触診	9,180円

※③ 子宮頸がん検査との併用検査となります。

※④ 2 方向 (内外斜位方向+頭尾方向) を希望される場合は 1,620 円追加となります。上記以外の申込みの場合は、お電話にてお問合せください。

【お問合せ先】



聖隷佐倉市民病院 健診センター

TEL 043 (486) 0006

FAX 043 (486) 1687

E-mail : sk-dock@sis.seirei.or.jp

201702