

協会けんぽ FAX申込用紙(令和6年度)

- ・付加健診及び乳がん、子宮がん検診等につきましては、対象年齢(年度年齢)の確認をお願いします。
- ・お申し込み頂きますでも空き枠が無い場合、ご希望に添えないこともございますのでご了承ください。
- ・記載漏れ等があると確認後の受付となり、予約確定にお時間がかかりますのでご注意ください。
- ・FAX送信後は当センターからの連絡をお待ち下さい。但し、5営業日経過後に連絡が無い場合は、お問い合わせ頂きますようお願いいたします。

受付NO <small>【病院使用欄】</small>	○本用紙は当センターのみ使用可
--------------------------------	-----------------

送信日 / /	枚数 /
事業所名	担当者名
	メールアドレス
郵便番号・住所	
電話番号	FAX番号
保険者番号	保険【記号】

日本赤十字社和歌山医療センター
和歌山市小松原通4丁目20番地
TEL:0120-991-376(平日 9時~17時)
FAX:073-422-6000(平日 9時~17時)

※記入いただく際は数字や文字は、はっきりと記入願います。

上 下	日赤診察券 患者番号 (受診者ID)	フリガナ	性別	生年月日 (和暦)		住 所	電話番号	希望の 健診	胃検査 カメラ・バリウム				併用受診			第1希望日	第2希望日	第3希望日	自費オプション等記入欄
	保険【番号】	氏 名		年	月				日	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2				
1			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
2			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
3			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
4			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
5			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
6			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
7			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
8			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
9			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
10			男・女	昭・平	年 月 日	〒 自宅) 携帯)	一般 子宮 (単独)	【経口】 鎮無	経鼻 (鎮静 不可) ※1	胃透視 (バリ ウム)	胃検査 なし	付加 ※2	乳がん 検診	子宮 がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日		

※1 経鼻胃カメラについては、キシロカインアレルギーのある方、並びに鼻だけがある方、鼻のがん手術後の方、鼻づまりが強く鼻呼吸できない方など鼻にリスク(疾病)のある方はご予約できません。
 ※2 付加健診の対象者は、年度年齢が40歳45歳50歳55歳60歳65歳70歳の方が対象となっております。
 ※※ 申込内容に変更やキャンセルが生じた場合は、ご担当者様より速やかに連絡願います。

F A X 受診日	処理日	確定確認日	処理担当
-----------	-----	-------	------