

連絡票

健診ご担当者 様

(4) 東振協契約の健康診断の申込みについて

枚数 3 枚 (本紙含む)

平素は当院健康管理センターをご利用いただき誠にありがとうございます。
東振協契約の健康保険組合様の健康診断の予約表となります。
内容をご確認のうえ下記の用紙をFAXにてご返信ください。
健診日程確定後、当センターよりご連絡いたします。
当院との契約がない場合、契約内容と違う内容の健診が必要な場合は、
その詳細も併せてお送りいただきますようお願いいたします。

記

- 1. 予約名簿一覧
- 2. 事業所情報

健診実施曜日

	月	火	水	木	金	土	日祝祭
健康診断	○	△女性のみ	○	○	○	×	×
乳がん	○	○	○	○	○	×	×
子宮がん	×	○AMのみ	×	○AMのみ	×	×	×

△毎週火曜日はレディースデイとなります (男性の方はご利用できません)

※日程確定のご連絡まで、数週間お待ち頂いている

状況です。(詳細につきましては、お電話にてご確認ください。)

ご迷惑をお掛け致しますが、ご理解の程お願い申し上げます。

宮崎江南病院 健康管理センター
〒880-0933 宮崎市大坪町西六月2196-1
TEL 0985-53-8928 FAX 0985-53-8943

予約名簿一覧

希望日①	希望日②	希望日③	受付時間	フリガナ 氏名	生年月日	性別	区分	コース名	オプション等
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		
			<input type="checkbox"/> 8:00 <input type="checkbox"/> 10:00			男 ・ 女	本人 ・ 家族		

【注意事項】

- ・バリウムから胃カメラに変更の場合もオプション等の欄にその旨をご記入ください。
 - ・火曜日はレディースデー(女性のみの受診日)です。
 - ・食事につきましては健診前日、PM9時以降は絶食となります。(お水・お茶は可)
 - ・受付時間はその時の込み具合で希望と変わる事がございますが、希望に近い時間からご案内致します。
- 宮崎江南病院 健康管理センター

事業所情報

フリガナ

【事業所名】

〒

【所在地】

【ご加入の健康保険組合名】

【代行機関名(無い場合無記入で結構です)】

【ご担当者】

【TEL】

【FAX】

↑日程確認の際に連絡のつく番号をご記入ください。

該当する項目に✓をしてください

1. 健診資料(問診票等)の送付先についてお尋ね致します。

上記 上記以外(送付先住所: _____)

2. お支払方法についてお尋ね致します。

(1) コース料金の自己負担分

窓口支払 事業所へ請求

(2) コース内のオプション検査の自己負担分

窓口支払 事業所へ請求

(3) 上記以外の支払方法

(_____)

(4) 請求書の送付先(支払方法が請求の場合、✓をお願いします。)

上記 上記以外(送付先住所: _____)

3. 結果通知票についてお尋ね致します

(1) 東振協からの健診結果通知票の送付先

上記 上記以外(送付先住所: _____)

※D1コース受診者・家族・任意継続被保険者は、自宅への送付となります。

(2) 当院書式の結果通知票の送付の有無

東振協からの結果通知票のみ

送付が必要(平成30年度より1人に付き文書料として550円追加で頂きます。)

① 支払方法

窓口支払 事業所へ請求

② 当院書式の結果通知票の送付先

上記 上記以外(送付先住所: _____)

すべてご記入のうえFAXしてください

FAX 0985-53-8943

※受診の際、サポートが必要な方がいらっしゃいましたら、お知らせください。

(身体的障害や通訳が必要な方等)

※当院での外国語での対応は行っておりませんので、通訳できる方と一緒に受診して下さい。