



〈FAX専用お申込用紙〉

カナ氏名			受診者ID <small>※わかる方のみ記入ください</small>		
漢字氏名 <small><必須></small>			性別	男	女
住所 <small><必須></small>	〒				
電話番号 <small><必須></small>	連絡先1				
	連絡先2				
生年月日 <small><必須></small>	昭和	年	月	日	(歳)
健康保険証 被保険者情報 <small><必須></small>	記号			番号	
	保険者番号				
	区分	本人		家族	
	有効期限	平成	年	月	日
特定健康診査受診券 整理番号(11桁) <small><必須></small>					
受診希望日 <small><必須></small>	第1希望	年	月	日	()
	第2希望	年	月	日	()
	第3希望	年	月	日	()
受診コース <small><必須></small> <small>(いずれかに○をつけて下さい)</small> <small>※○印の記入がない場合は国保 契約コースとさせていただきます</small>	京都市国保契約コース 男性: 12,300円 女性: 13,272円				
	プレミアムコース 男性: 63,100円 女性: 60,832円 <small>(脳MRI・MRA、胸部CTなどを追加したグレードアップコースです)</small>				
胃部検査 <small><必須></small> <small>(いずれかに○をつけて下さい)</small>	バリウム	経口カメラ	経鼻カメラ <small>(+4,320円)</small>	胃部検査不要	
婦人科検査 (子宮頸部細胞診)	希望する		希望しない		
備考					

※太枠内を全てもれなくご記入ください

※受診希望オプションなど特記すべき事項があれば備考欄に必ずご記入ください

予約結果連絡先 FAX番号 <small><必須></small>		<input type="checkbox"/> 予約結果の FAX受診不可
--	--	---

現在74歳の方へ：満75歳の誕生日以降、後期高齢者医療の被保険者となりますので

後期高齢者医療指定コース(京都市内在住)をお申込み下さい

詳細は当クリニックまでお問い合わせ下さい。

※ご希望日で予約の受付が完了した場合は、原則FAXにて予約開始日の6月1日以降に予約日をご連絡いたします。

※設備等の関係で、1日の受診者数に制限があり、ご希望に添えない事もございますので、あらかじめご了承ください。

※上記内容は、ご受診のコースにより回答が不要な項目もございます。お判りの範囲でご記入下さい。

●特定健康診査のみ、特定保健指導のみの受診希望の方の受診はお伺いできかねますのでご注意ください。