



受診者 ID		カナ氏名 〈必須〉				
		漢字氏名 〈必須〉				
住所 〈必須〉		〒				
電話番号 〈必須〉		連絡先 1(自宅)				
		連絡先 2()				
性別〈必須〉 (どちらかに○をつけて下さい)		男性		女性		
生年月日〈必須〉		年		月 日 (歳)		
健康保険証 被保険者情報 〈必須〉		被保険者番号				
		保険者番号		3 9		
		有効期限		年 月 日		
受診希望日 〈必須〉	第 1 希望	月 日()		第 4 希望	月 日()	
	第 2 希望	月 日()		第 5 希望	月 日()	
	第 3 希望	月 日()		第 6 希望	月 日()	
受診コース 〈必須〉 (いずれかに○をつけて下さい)		後期高齢者医療保険ご契約コース 男性:30,300円 女性:33,600円				
※○印の記入がない場合は後期高齢者医療保険ご契約コースとさせていただきます。		プレミアムコース 男性:82,000円 女性:82,000円 (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)				
胃部検査 〈必須〉 (いずれかに○をつけて下さい)		バリウム	経口カメラ※1 (+3,300円)	経鼻カメラ (+4,400円)	胃部検査不要	
婦人科検査(子宮頸部細胞診) (ご希望に○印)		希望する		希望しない		
乳がん検査 ※2 (ご希望に○印)	マンモグラフィ(1方向)	4,400円	希望する ・ 希望しない			
	乳房エコー	5,500円	希望する ・ 希望しない			
備考						

※1 プレミアムコースは、追加料金は不要

※2 プレミアムコースは乳がん検査(マンモグラフィまたは乳房エコーどちらか一方選択制)がコース内に含まれておりますので上記料金は不要です。但し、両方受診される場合はマンモグラフィの料金は自己負担となります。

【予約結果連絡先】		※予約結果の FAX 受信 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
FAX 番号〈必須〉		日中繋がりやすい 電話番号	

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

※予約の受付が完了した場合は、原則 FAX にて7月1日以降に予約日をご連絡いたします。

3日以内に連絡がない場合は、お手数ですがご連絡くださいますようお願い申し上げます。