



医療法人知音会 御池クリニック 宛

FAX 075-823-3334

受診者ID ※わかる方のみご記入ください	カナ氏名			
	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 (才)	
健康保険証 被保険者情報 <必須>	記号	京	番号	
	保険者番号			
	区分	本人		家族
	有効期限	年		月 日
特定健康診査受診券 整理番号(11桁)<必須>				
受診希望日 <必須>	第1希望	年	月	日 ()
	第2希望	年	月	日 ()
	第3希望	年	月	日 ()
	第4希望	年	月	日 ()
	第5希望	年	月	日 ()
受診コース <必須> (いずれかに○をつけて下さい) ※○印の記入がない場合、国保 契約コースとさせていただきます	エントリーコース (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 (頭部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 (+3,240円)※1	経鼻カメラ (+4,320円)	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				

※1 プレミアムコースは、追加料金は不要
 ※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。

日中繋がりがやすい
電話番号

予約結果連絡先
FAX番号 <必須>

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、後期高齢者医療制度の被保険者となりますので後期高齢医療制度の人間ドックコース(京都市内在住)をお申込み下さい。後期高齢者医療指定コースは事前に京都市への申込みが必要になります(申込期限: 6月5日)

※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3日以降に予約日をご連絡いたします。一週間以内に連絡がない場合は当クリニックにお電話をお願いいたします。

※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。

●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。