

予 約 申 込 書（協会けんぽ補助対象者35歳以上74歳以下）

該当箇所をチェックまたは丸○をつけて下さい

《お問い合わせ》  
那覇市立病院 健診センター  
月～金（祝祭日除く） 9:30～16:00  
TEL:0120-784-155  
FAX:098-884-5109

|                                             |  |                                                                 |  |                                            |  |
|---------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 事業所名（ふりがな）                                  |  | ※保険証記載の事業所名                                                     |  | 事業所所在地（資料・結果発送先）※原則、事業所宛（任継、被扶養者は自宅）       |  |
| 地方独立行政法人 那覇市立病院                             |  |                                                                 |  | 〒902-8511 沖縄県那覇市古島2丁目31番地1                 |  |
|                                             |  |                                                                 |  | 電話番号 098-884-5111                          |  |
| 資料・結果発送先が事業所所在地と異なる場合                       |  |                                                                 |  | 電話番号                                       |  |
| 資料発送先                                       |  | 結果郵送先                                                           |  | オプション検査                                    |  |
| □事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 |  | □事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅                     |  | □事業所請求                                     |  |
| 支払方法                                        |  | 健診分                                                             |  | オプション検査                                    |  |
|                                             |  | 健診分 : <input checked="" type="checkbox"/> 窓口支払（領収書宛名: 那覇市立病院 宛） |  | : <input checked="" type="checkbox"/> 窓口支払 |  |

| 保険者番号 |            | 1470012     |        | 保険証記号 |       | 1234567                |             | 子宮がん検診                 | 保険証番号 | 名前（ふりがな）         | 住所               | 備考             |
|-------|------------|-------------|--------|-------|-------|------------------------|-------------|------------------------|-------|------------------|------------------|----------------|
| 第1希望日 | 第2希望日      | コース         | 胃      | 付加    | 乳がん検診 | 協会補助対象者                | 協会補助対象者     |                        |       |                  |                  |                |
| 記入例   | 4/1<br>(水) | 4/15<br>(水) | 一般健診   | カメラ   | 該当    | 協会補助対象者<br>(40歳以上偶数年齢) | マンモグラフィ     | 協会補助対象者<br>(20歳以上偶数年齢) | 50    | なは はなこ<br>那覇 花子  | 沖縄県那覇市古島2丁目31番地1 | オプション: 腹部エコー希望 |
|       |            |             | 人間ドック  | バリウム  | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |
|       |            |             | 脳ドック併用 | 胃なし   | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |
| 1     | /          | /           | 一般健診   | カメラ   | 該当    | 協会補助対象者<br>(40歳以上偶数年齢) | マンモグラフィ     | 協会補助対象者<br>(20歳以上偶数年齢) | 男・女   | S・H 47 年 5 月 1 日 | Tel 098-884-5111 |                |
|       |            |             | 人間ドック  | バリウム  | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |
|       |            |             | 脳ドック併用 | 胃なし   | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |
| 2     | /          | /           | 一般健診   | カメラ   | 該当    | 協会補助対象者<br>(40歳以上偶数年齢) | マンモグラフィ     | 協会補助対象者<br>(20歳以上偶数年齢) | 男・女   | S・H 年 月 日        | Tel              |                |
|       |            |             | 人間ドック  | バリウム  | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |
|       |            |             | 脳ドック併用 | 胃なし   | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |
| 3     | /          | /           | 一般健診   | カメラ   | 該当    | 協会補助対象者<br>(40歳以上偶数年齢) | マンモグラフィ     | 協会補助対象者<br>(20歳以上偶数年齢) | 男・女   | S・H 年 月 日        | Tel              |                |
|       |            |             | 人間ドック  | バリウム  | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |
|       |            |             | 脳ドック併用 | 胃なし   | オプション | マンモグラフィ 1方向            | マンモグラフィ 2方向 | オプション                  |       |                  |                  |                |