

令和4年度

重要

このFAXを送信してから1週間経っても当院より電話やFAXがない場合は、お手数ですが連絡をお願いいたします。

脳ドック
PET-CTがん検診

《事業所用》北見赤十字病院専用申込書 ①

入力方法

申込事業所名称	〒 事業所情報を 入力ください
申込事業所住所	
電話番号	
FAX番号	
ご担当者	

左記と送付先が違う場合はご記入ください

《案内キット送付先》

《請求書・事業所用結果送付先》

名称	〒 左記と異なる 場合は 入力ください	名称	
住所		住所	〒
電話番号		電話番号	個人宅は記入しないでください

支払い方法(どちらかを選択してください)	
事業所様への健康診断結果表送付	

*「必要」の場合は受診者本人の了承を得てください。
* 全て受診者払いの場合は、事業主様への結果表送付はありません。

支払い方法は、プルダウンで「**事業所払い**」「**受診者払い**」のどちらかを選択してください。

健康診断結果表の送付についてもプルダウンで「**必要**」か「**不要**」のどちらかを選択してください。

病院使用欄

確認日時	月	日	時	分
<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 会	<input type="checkbox"/> 会-2		
処理担当者				

令和4年度

重要

このFAXを送信してから1週間経っても当院より電話やFAXがない場合は、お手数ですが連絡をお願いいたします。

脳ドック
PET-CTがん検診

《事業所用》北見赤十字病院専用申込書 ②

入力方法

申込事業所名称	
健康保険被保険者証の保険者番号	8桁
健康保険被保険者証の記号	7桁か8桁

脳ドック: 1日1名(火曜日～金曜日)
PET-CTがん検診: 1～2名

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	健診コース	性別	生年月日	健診希望日		
					第1	第2	第3
9999	ニッセキ タロウ 日赤 太郎	脳ドック	男	昭和44年4月2日	6/3	6/17	7/8
8888	ニッセキ ハナコ 日赤 花子	PET-CTがん検診	女	昭和62年1月1日	7/11	7/19	8/15

<プルダウンの項目>

健 診 コ ー ス	脳ドック、PET-CTがん検診
性 別	男、女