

令和5年度

公立学校共済組合 北見赤十字病院専用申込書

重要

この申込書をFAXまたはE-mailを送信してから1週間経過しても当院より返信がない場合は、お手数ですが連絡をお願いいたします。

勤務先学校名			
申込者氏名			
自宅住所	〒		
連絡先 (確認の連絡が取りやすい 連絡先ををご記入ください)	自宅		携帯
	FAX		その他

お問合せ先 0157-33-3200 平日9:00~15:30

- ※1【下記をご参考に記載をお願いいたします】
- ①具体的な期日を指定していただいても構いません
 - ②上記の場合、空き状況によりこちらで調整する場合があります
 - ③〇月~〇月の間で予約したい
 - ④〇曜日以外で予約したい

職員番号	フリガナ		性別	受診者区分 【〇を付してください】				胃部検査の種類 【〇を付してください】				希望するオプション	健診希望日【自由記載】※1
	氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日		組合員	組合員 配偶者	任意 継続 組合員	任意 継続 配偶者	経口 内視鏡	経鼻 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	バリ ウム		
9999	ニッセキ ハナコ 日赤 花子	昭和・平成 47年 4月 2日	女	<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	マンモグラフィ 子宮頸部がん	9月~11月の間で水曜日以外
		昭和・平成 年 月 日		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
		昭和・平成 年 月 日		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

- ・「鎮静経口内視鏡」を選択した場合、自己負担3,300円(税込)となります。
- ・その他オプション検査は北見赤十字病院ホームページにてご確認ください。