

2026年度（令和8年度）公立学校共済組合人間ドック申込書

申込日	/
-----	---

フリガナ/氏名/生年月日/患者ID	性別	郵便番号/住所/電話番号	胃部検査 「いずれかを選択願います」	健診希望日 (自由記載です)	日赤オプションを希望される 場合は以下にご記入ください
カ 氏 名 S・H 年 月 日	男 ・ 女	〒 住 所	胃部 X線 検査 バリ ウム 胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口 胃部 検査 なし	<input type="checkbox"/> 9時～11時 <input type="checkbox"/> 11時～13時 <input type="checkbox"/> 13時～15時	
日赤病院患者番号		連絡が取れる電話番号			
電話が繋がりにやすいお時間 (右より選択)					
カ 氏 名 S・H 年 月 日	男 ・ 女	〒 住 所	胃部 X線 検査 バリ ウム 胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口 胃部 検査 なし	<input type="checkbox"/> 9時～11時 <input type="checkbox"/> 11時～13時 <input type="checkbox"/> 13時～15時	
日赤病院患者番号		連絡が取れる電話番号			
電話が繋がりにやすいお時間 (右より選択)					
カ 氏 名 S・H 年 月 日	男 ・ 女	〒 住 所	胃部 X線 検査 バリ ウム 胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口 胃部 検査 なし	<input type="checkbox"/> 9時～11時 <input type="checkbox"/> 11時～13時 <input type="checkbox"/> 13時～15時	
日赤病院患者番号		連絡が取れる電話番号			
電話が繋がりにやすいお時間 (右より選択)					

- ◆健診希望日程に関してご連絡差し上げる場合がございます。連絡が取れる電話番号と繋がりにやすいお時間の記載をお願いします。
- ◆ご希望日程でご予約確定後、健診日1ヶ月程前に事前案内を郵送させていただきます。未到着の場合はお手数ですがご連絡をお願いします。
- ◆料金のお支払いは、健診受診の当日となります。
- ◆現金またはクレジットカードがご利用いただけます。(VISA/JCB/日専連ジエム/Master card/AMEX/Dines Club/NC card)
- ◆領収書の宛名は受診者のお名前となります。また、領収書を分割して発行することはできません。
- ◆結果表は概ね3週間でご自宅へお届けいたします。(検査内容等により遅延する場合があります)
- ◆鎮静経口内視鏡をご希望する場合は、別途5,500円(税込)を申し受けます。
- ◆5営業日前からの予約日変更・キャンセル、当日の遅刻や連絡無くキャンセルで実施出来ない場合は**キャンセル料金(5,500円)が生じます。**
- ◆事前案内、尿・便容器等再発送の場合は**別途料金が生じます。**

病院使用欄

確認日		担当者	
-----	--	-----	--