

2026年度（令和8年度）脳ドック・PET-CTがん検診申込書【個人用】または【北見市国保用】

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	「北見市国保」「個人」 どちらかに○を記入	「健診コース」 どちらかに○で記入	健診希望日（自由記載です）
か 氏名 S・H 年 月 日 日赤病院患者番号	男 ・ 女	〒 住 所 連絡が取れる電話番号	北見市国保  個人	脳ドック  PET-CTがん検診	
電話が繋がりにやすいお時間（右より選択）		<input type="checkbox"/> 9時～11時	<input type="checkbox"/> 11時～13時	<input type="checkbox"/> 13時～15時	
か 氏名 S・H 年 月 日 日赤病院患者番号	男 ・ 女	〒 住 所 連絡が取れる電話番号	北見市国保  個人	脳ドック  PET-CTがん検診	
電話が繋がりにやすいお時間（右より選択）		<input type="checkbox"/> 9時～11時	<input type="checkbox"/> 11時～13時	<input type="checkbox"/> 13時～15時	
か 氏名 S・H 年 月 日 日赤病院患者番号	男 ・ 女	〒 住 所 連絡が取れる電話番号	北見市国保  個人	脳ドック  PET-CTがん検診	
電話が繋がりにやすいお時間（右より選択）		<input type="checkbox"/> 9時～11時	<input type="checkbox"/> 11時～13時	<input type="checkbox"/> 13時～15時	

- ◆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/日専連ジェニス/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）
- ◆脳ドック：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。**
- ◆PET-CTがん検診：前日（土日祝日を除く）11時以降**キャンセル料金（44,000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	
-----	--	-----	--