

旭川赤十字病院 健診センター 宛 ( FAX : 0166-22-3440 へ送信ください。)

2022年度全国健康保険協会管掌健康保険 **生活習慣病予防健診申込書**  
**【 子宮頸がん検診 ( 単独 ) 】**

1. 申込日	年	月	日
2. 事業所所在地	(郵便番号) 〒	(住所)	
3. 事業所名称			
4. 担当者名			
5. 電話番号			
6. FAX番号			

(左記と連絡先が異なる場合 (支店・営業所) は下記も記載をお願いします。)

7. 事業所所在地	(郵便番号) 〒	(住所)
8. 事業所名称		
9. 担当者名		
10. 電話番号		
11. FAX番号		

**【 申込に関する確認事項 】**  
 以下に該当する方は、当健診センターでは検診を受けられませんので予めご了承ください。  
 1. 現在、婦人科系疾患について医療機関にて治療中または経過観察中 (一年に一回程度の定期的な受診を含む) の方。  
 2. 過去の検査・検診等にて婦人科系疾患に関する精査・受診を勧められていたが、現在までに受診されていない方。

健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号	
-----------------	--	--------------	--

番号	健康保険証の番号	フリガナ氏名	生年月日	上記申込確認事項について一読し対象ではないことを確認しましたか？		当院オプション検査を希望する場合は選択してください。		健診希望日
1				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 ( +5,000円 )	HPV検査 ( +5,600円 )	
2				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 ( +5,000円 )	HPV検査 ( +5,600円 )	

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	生年月日	上記申込確認事項について一読し 対象ではないことを確認しましたか？		当院オプション検査を希望する場合は 選択してください。		健診希望日
				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
3				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
4				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
5				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
6				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
7				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
8				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
9				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
10				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
11				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
12				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
13				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
14				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	生年月日	上記申込確認事項について一読し 対象ではないことを確認しましたか？		当院オプション検査を希望する場合は 選択してください。		健診希望日
				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
15				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
16				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
17				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
18				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
19				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
20				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	