

協会けんぽ FAX申込用紙 (令和7年度)

・付加健診及び乳がん、子宮がん検診等につきましては、対象年齢(年度年齢)の確認をお願いします。
 ・お申し込み頂いても空き枠が無い場合、ご希望に添えないこともございますのでご了承ください。
 ・記載漏れ等があると確認後の受付となり、予約確定にお時間がかかりますのでご注意ください。
 ・FAX送信後は当センターからの連絡をお待ち下さい。但し、5営業日経過後に連絡が無い場合は、お問い合わせ頂きますようお願いいたします。

●記入いただく際は数字や文字は、はっきりと記入願います。
 記入漏れがある場合は、担当者様への確認後の受付となります。

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| 受付NO <small>(病院使用欄)</small> | ○本用紙は当センターのみ使用可 |
|--------------------------------|-----------------|

令和7年度申込みは、
令和7年3月12日(水)
13時00分 受付開始
受付期間前のお申込は、無効となります。
 日本赤十字社和歌山医療センター
 和歌山市小松原通4丁目20番地
 TEL:0120-991-376(平日 9時~17時)
FAX:073-422-6000

| | | |
|--------------|---------|------|
| 送信日 / / 枚数 / | 事業所名 | 担当者名 |
| 郵便番号・住所 | メールアドレス | |
| 電話番号 | FAX番号 | |
| 保険者番号 | 保険【記号】 | |

●保険者番号・記号・保険番号は、マイナ保険証または、資格確認書等でご確認下さい。

| 上 下 | 日赤診察券 患者番号 (受診者ID) | フリガナ | 性別 | 生年月日 (和暦) | | 住 所 | 電話番号 | 希望の 健診 | 胃検査 カメラ・バリウム | | | | 対象 確認 | 併用受診 | | | 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 | 自費オプション等記入欄 |
|--------|-----------------------|------|-----|--------------|---|-----|------|-----------|-----------------|-------|-----|-----|----------|------|----|-----|-------|-------|-------|-------------|
| | 保険【番号】 | 氏 名 | | 年 | 月 | | | | 日 | 自宅) | 携帯) | 一般 | | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | | | | |
| 1 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 2 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 3 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 4 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 5 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 6 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 7 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 8 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 9 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |
| 10 | | | 男・女 | 昭・平 | 年 | 〒 | 自宅) | 一般 | 【経口】 | 経鼻 | 胃透視 | 胃検査 | 付加 | 乳がん | 子宮 | 年 | 年 | 年 | | |
| | | | | | 月 | | 携帯) | 子宮 | 鎮有 | (鎮静 | (バリ | なし | ※2 | 検診 | がん | 月 | 月 | 月 | | |
| | | | | | 日 | | | (単独) | 鎮無 | 不可)※1 | ウム) | | | 検診 | 検診 | 日 | 日 | 日 | | |

※1 経鼻胃カメラについては、キシロカインアレルギーのある方、並びに鼻たけがある方、鼻のがん手術後の方、鼻づまりが強く鼻呼吸できない方など鼻にリスク(疾病)のある方はご予約できません。
 ※2 付加健診の対象者は、年度年齢が40歳45歳50歳55歳60歳65歳70歳の方が対象となっております。
 ※※ 申込内容に変更やキャンセルが生じた場合は、ご担当者様より速やかに連絡願います。

| | | | |
|-----------|-----|-------|------|
| F A X 受診日 | 処理日 | 確定確認日 | 処理担当 |
|-----------|-----|-------|------|