

# 令和2年度 人間ドック予約申込書兼補助申請書

住所	河内長野市					
フリガナ				生 年 月 日		
受診者氏名				昭和・平成 . .		
国保記号番	長国一	性別	男・女	電話番号	( )	
受診日時	令和	年	月	日 (曜日)	時 分	
希望される検診機関の□印及び任意項目の□印に✓を記入してください						
指定の検診機関	青山第二病院 □ 0721-65-0003	頭部	<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4	
		婦人科				
		マーカー				
	寺元記念病院 □ 0721-53-3330(直通)	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA、頸部血管超音波		<input type="checkbox"/> ピロリ	
		婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波			
		マーカー	<input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査			
	大阪府済生会富田林病院 □ 0721-28-7060(直通)	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA、頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波		<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> BNP	
		婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波			
		マーカー	<input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9、PSA <input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9、CA125 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査			
	P L 病院 □ 0721-25-8234(直通)	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA			
		婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査			
		マーカー	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査			
ベルクリニック □ 072-224-1717	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波		<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT4		
	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波				
	マーカー	<input type="checkbox"/> CEA、CA19-9セット <input type="checkbox"/> AFP、PIVKA-IIセット <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> STN、CA125セット <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				
みどり健康管理センター □ 06-6385-0265	頭部	<input type="checkbox"/> ピロリ				
	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮細胞診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波				
	マーカー	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				
府中クリニック □ 0725-43-3500	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波		<input type="checkbox"/> ピロリ		
	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波				
	マーカー	<input type="checkbox"/> CEA、CA19-9 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> STN、CA125 <input type="checkbox"/> AFP、PIVKA-IIセット <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				
大阪警察病院 □ 06-6775-3131	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査				
		<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> 甲状腺セット検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査 <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4				
	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波				
	マーカー	<input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9 <input type="checkbox"/> PSA又はCA125 <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				
大野クリニック □ 06-6213-7230	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA、頸部血管超音波又はCT		<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4		
	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮医師診察等 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波				
	マーカー	<input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				
関西労働保健協会 □ 06-6345-2210	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> 認知機能検査		<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4		
	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波				
	マーカー	<input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9、PSA又はCA125 <input type="checkbox"/> BNP				
コーナンメディカル鳳総合健診センター □ 072-260-5555	頭部	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波		<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン		
	婦人科	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波				
	マーカー	<input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9 <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人及び世帯ともに、引き続き河内長野市国保に1年以上加入しています。</li> <li>・ 河内長野市国保保険料を完納しています。</li> <li>・ 河内長野市国保の被保険者でなくなった場合は受診しません。</li> <li>・ 検診結果について、検診機関から河内長野市国保のほか、国・府への報告と相互活用を了承します。</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">以上の項目について、間違いのないことを確認し、申し込みます。</p>						
河内長野市長 様				令和 年 月 日		
住 所		河内長野市				
世 帯 主		㊞				

注意 認印は、朱肉を使うものとしてください。(シヤチハタ不可)  
 特定健康診査に該当する人は受診券を添付してください。

\* これより下は担当処理欄

申込連番	審査結果	可・否	検診機関連絡	済・未
確認事項	保険料収納状況	完納・( )	受	収
	国保資格年数1年以上	本人 該当・非該当	付	納
	特定健診	世帯 該当・非該当		
	受診券回収	該当・非該当		
特定健診受診券番号	済・未		特定受診券確認	済・未