

令和4年度 河内長野市国民健康保険総合健康診断事業（人間ドック）予約申請書

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	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4
	寺元記念病院 □ 0721-53-3330(直通)	<input type="checkbox"/> MRI、MRA、頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> PSA 又は CA125	<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <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)	<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"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9、PSA 又は CEA、AFP、CA19-9、CA125	<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
	P L 病院 □ 0721-25-8234(直通)	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
	ベルクリニック □ 072-224-1717	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9セット <input type="checkbox"/> AFP、PIVKA-IIセット	<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT4 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
	みどり健康管理センター □ 06-6385-0265	<input type="checkbox"/> 子宮細胞診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
	府中クリニック □ 0725-43-3500	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9セット <input type="checkbox"/> AFP、PIVKA-IIセット	<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT4 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
	大阪警察病院 □ 06-6775-3131	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> ①+②動脈硬化セット検査 <input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> ③+④甲状腺セット検査	<input type="checkbox"/> ①頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> ②血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> ③甲状腺超音波検査 <input type="checkbox"/> ④TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <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	<input type="checkbox"/> MRI、MRA 又はCT、頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 子宮医師診察等 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9 <input type="checkbox"/> PSA(50歳未満)	<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <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	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> 認知機能検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9 <input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 血管動脈硬化度検査 <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
	ユナンメディカル鳳総合健診センター □ 072-260-5555	<input type="checkbox"/> MRI、MRA <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> ピロリ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> CEA、AFP、CA19-9 <input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査

- 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。
- 河内長野市国保保険料を完納しています。
- 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。
- 同一年度で別途特定健診の受診はしません。また、受診していません。
- 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。
- 河内長野市国民健康保険総合健康診断事業実施要綱に基づく受診者費用の受領を実施機関に委任します。
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。

令和 年 月 日

(宛先)河内長野市長

住 所 河内長野市
世 帯 主

注意 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
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	世帯 該当・非該当	付	納
特定健診	該当・非該当			
受診券回収	済・未・無(40歳未満)		特定受診健診確認	済・未
特定健診受診券番号				