

令和8年度 人間ドック(河内長野市国民健康保険 総合健康診断事業)予約申請書

(宛先) 河内長野市長

令和 年 月 日

住所	河内長野市		
フリガナ	フリガナ	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	男 ・ 女
世帯主名	受診者名		
国保記号番号	長国	受診者 生年月日	昭和 平成 年 月 日
受診日	令和 年 月 日	受診者 電話番号	() -

以下の項目について、間違いないことを確認し、申し込みます。

- ・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、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。

希望される医療機関及び追加項目のにを記入してください

<input type="checkbox"/> 青山第二病院 0721-65-0003	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4
<input type="checkbox"/> 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"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> CA125(女性) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> 富田林病院健診センター 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"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9、AFP、PSA(男性) <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9、AFP、CA125(女性) <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> PL病院 0721-25-8234(直通)	<input type="checkbox"/> MRI・MRA <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> ベルクリニック 072-224-1717	<input type="checkbox"/> MRI・MRA <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> TSH、FT4 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9 <input type="checkbox"/> AFP、PIVKA-II <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> みどり健康管理センター 06-6385-0265	<input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> 子宮細胞診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> 府中クリニック 0725-40-2154	<input type="checkbox"/> MRI・MRA <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> TSH、FT4 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9 <input type="checkbox"/> AFP、PIVKA-II <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> 大阪警察病院 06-6775-3131	<input type="checkbox"/> MRI・MRA <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9、AFP <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> CA125(女性) <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> 大野クリニック 06-6213-7230	<input type="checkbox"/> MRI・MRA・頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9、AFP <input type="checkbox"/> PSA(50歳未満男性) <input type="checkbox"/> CA125(女性) <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 子宮医師診察 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> コーナンメディカル鳳 072-260-5555	<input type="checkbox"/> MRI・MRA <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9、AFP <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> アクティ健診センター (関西労働保健協会) 06-6345-2210	<input type="checkbox"/> MRI・MRA <input type="checkbox"/> 血管動脈硬化度 <input type="checkbox"/> 認知症の健康診断 <input type="checkbox"/> 認知機能検査 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> CEA、CA19-9、AFP <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー2D <input type="checkbox"/> マンモグラフィー2D+3D <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡
<input type="checkbox"/> 榎本病院 072-366-1818	<input type="checkbox"/> MRI・MRA・頸部血管超音波 <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> ビロリ菌 <input type="checkbox"/> TSH、FT3、FT4 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡

* 担当処理欄

保険料収納状況	完納 ・ ()
国保加入年数(1年以上)	該当 ・ 非該当
受診券持参案内	済 ・ なし(40歳未満) ・ 未 【特定健診受診確認】 済 ・ 未
受診券番号	

審査結果
可 ・ 否
申込連番

検認者①	検認者②
------	------