

主婦ドック（エルズメディケア名古屋）申込書

もれなく記入すること

保険証記号・番号		記号	番号
住所 電話番号		〒 ー TEL () ー	
氏名 (フリガナ)			
生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
希望検査日	第1希望	月 日 ()	
	第2希望	月 日 ()	
	第3希望	月 日 ()	
婦人科検診 (希望する項目に○をつけて下さい)		<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診
		<input type="checkbox"/>	乳がん検診 (どちらかに○をつけて下さい)
		<input type="checkbox"/>	マンモグラフィー
		<input type="checkbox"/>	超音波検診 (I)-
備考			

注意事項

①主婦ドックを受診できる方は35歳以上の被扶養配偶者です。
 ②エルズメディケア名古屋は原則月曜日がお休みです。
 ③自己負担額は5,000円(税込)です。

*健診データを特定健診及び特定保健指導に利用することに同意します。

送付先) 460-8405
 名古屋市中区新栄1-2-8 中部日本放送健康保険組合