健康保険組合連合会専用ドック申込書

年　　月　　日

ID

当院での人間ﾄﾞｯｸ受診回数	1回目 ・ 2回目 ・ 3回以上

ふりがな		性　　別
氏　　名		男 ・ 女
生年月日	明　大 昭　平　　年　　月　　日（満　　歳）	
住　　所	〒	
電話番号	（　　）	
携帯番号	（　　）	
健康保険組合名		
健康保険組合TEL	（　　）	
第一希望日	年　　月　　日（　　曜日）	
第二希望日	年　　月　　日（　　曜日）	
第三希望日	年　　月　　日（　　曜日）	

※ 本検診中に疾患等の疑いが生じた時には健康保険にて診療を致します

高 血 圧 既往歴	あり ・ なし

糖 尿 病 既往歴	あり ・ なし

↓ 希望されるコースにチェックしてください

	選 択	コース名	金　額
基本コース	○	健保連ドック	44,000
オプション		PSA（前立腺がん）	3,300
		乳腺（マンモグラィー）	6,600
		HCV抗体	3,300

※ 健保連人間ドックをご希望の方は受診可能か事前に
健康保険組合にお問い合わせください

南町田病院
町田市鶴間4-4-1
TEL:042-799-6161
FAX:042-799-7727