

半田市がん検診申込書（個人）

※太枠部分を入力してください。

申込日：令和 年 月 日

1. 個人情報をご記入下さい。

ふりがな お名前		性別	男 ・ 女	生年月日	S ・ H 年 月 日
住所	〒 —	電話番号		携帯番号	
健康保険組合	国民健康保険組合 ・ 全国健康保険協会（協会けんぽ） ・ 健康保険組合 ・ 共済組合 ・ 広域連合 ・ その他				

2. ご希望の健康診断をご確認ください。

コースナンバー	検診名	負担金
1	基本セット1（胸部レントゲン・胃部レントゲン）	¥2,100
2	基本セット2（肺部CT・胃部レントゲン）	¥6,000
3	肺がん検診（胸部レントゲン）	¥500
4	肺がん検診（肺部CT）	¥5,400
5	肺がん検診（喀痰細胞診）	¥700
6	大腸がん検診	¥400
7	胃がん検診（レントゲン）	¥2,100
8	腹部検査	¥1,000

コースナンバー	検診名	負担金
9	男性がんセット1（基本セット1・PSA・腹部検査）	¥3,100
10	男性がんセット2（基本セット2・PSA・腹部検査）	¥6,900
11	前立腺がん	¥1,000
12	女性がんセット1（基本セット1・子宮・マンモ・腹部検査）	¥4,700
13	女性がんセット2（基本セット2・子宮・マンモ・腹部検査）	¥8,700
17	乳がん検診（乳腺超音波）	¥900
18	乳がん検診（マンモグラフィ）	¥1,200
19	骨密度測定（超音波）	¥800

3. 希望日・コースナンバーをご記入ください。

ID (記入不要)	第1希望	第2希望	第3希望	コースナンバー（○印を付けてください）							
	月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）	1	2	3	4	5	6	7	8
				9	10	11	12	13	17	18	19

※子宮頸がん検診は水曜日午後13：30のみの実施となります。

※乳房超音波検査は水・金曜日での実施となります。

医療法人知多クリニック 健診部 予約受付係行 FAX：0569-24-3263