



医療法人知音会 御池クリニック

FAX 075-823-3334

※平成29年度 後期高齢者医療保険ご加入者様専用 FAXお申込み用紙※

カナ氏名		受診者ID <small>※わかる方のみ記入ください</small>	
漢字氏名 <small><必須></small>		性別	男 女
住所 <small><必須></small>	〒		
電話番号 <small><必須></small>	連絡先(自宅)		
	繋がりが易い連絡先		
	繋がりが易い時間帯		
生年月日 <small><必須></small>	大正・昭和	年	月 日 (歳)
健康保険証 被保険者情報 <small><必須></small>	被保険者番号		
	保険者番号	3 9	
	有効期限	平成	年 月 日
受診希望日 <small><必須></small>	第1希望	年	月 日 ()
	第2希望	年	月 日 ()
	第3希望	年	月 日 ()
受診コース <small><必須></small> <small>(いずれかに○をつけて下さい)</small> <small>※○印の記入がない場合は後期高齢者医療保険ご契約コースとさせていただきます</small>	後期高齢者医療保険ご契約コース 男性: 12,300円 女性: 13,272円		
	プレミアムコース 男性: 63,100円 女性: 60,832円 <small>(脳MRI・MRA、胸部CTなどを追加したグレードアップコースです)</small>		
胃部検査 <small><必須></small> <small>(いずれかに○をつけてください)</small>	バリウム	経口胃カメラ	経鼻胃カメラ <small>(+4,320円)</small>
			胃部検査なし
婦人科検査 <small>(子宮頸部細胞診)</small>	希望する	希望しない	
備考			

※太枠内を全てもれなくご記入ください

※受診希望オプションなど特記すべき事項があれば備考欄に必ずご記入ください

予約結果連絡先 FAX番号 <small><必須></small>		<input type="checkbox"/> 予約結果の FAX受診不可
--	--	---

※ご希望日で予約の受付が完了した場合は、原則FAXにて予約開始日の7月3日以降に受診日をご連絡いたします。

※設備等の関係で、1日の受診者数に制限があり、ご希望に添えない事もございますので、あらかじめご了承下さい。

※上記内容は、ご受診のコースにより回答が不要な項目もございます。お判りの範囲でご記入下さい。