

# 当健康保険組合 健康管理室の 胃 検 診 受 検 要 項

1 . 受 検 資 格 健康保険組合 被保険者及び被扶養者

2 . 利 用 料 金 1,000円

3 . 実 施 場 所 当 組 合 「 健 康 管 理 室 」  
及び実施日

## **木曜日を除く 希望日**

4 . 申 込 方 法 「胃検診申込書」に必要事項をご記入のうえ、お申し込みください。(郵送及びFAXでも可)  
郵送・FAXの場合は申込と同時に利用料金をお振込ください。  
なお、振込の場合、領収書は発行しませんので、振込依頼書が領収書代わりになります。

「胃検診申込書」は健康管理室へ請求してください。

5 . 検 査 内 容 胃 部 X 線 ( 直 接 撮 影 )

6 . 検 査 結 果 本人宛にお知らせします。  
異常が認められた方には、個別に指導を行ないます。

7 . 注 意 事 項 料金は、取消しの場合、お返しできませんので、  
検査日を変更して受検するようにしてください。

\* 詳細については健康管理室(TEL06-6271-0651)までお願い致します。