

「国保人間ドック」大阪市ホームページ等記載事項

大阪市ホームページ等への記載事項をご記入ください。

実施機関名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____ (内線 _____)

メールアドレス _____

記号の説明
★・・・国保プラス健診実施
☆・・・国保人間ドック実施
○・・・実施
△・・・実施機関に要確認
別・・・別の日に実施

国保人間ドックのみの実施であれば空欄となります。

木曜日休診や土曜日午前のみ等であれば△となります。

区	国保プラス健診	国保人間ドック	実施機関名	所在地	電話	健診日			【参考】大阪市がん検診の取扱				
						月 金	土	日	胃がん (胃カメラ)	前立腺がん	子宮頸がん	乳がん	
												マンモグラ	超音波

法人区分等をご入力いただいても省略する場合があります。

国保人間ドックの胃部エックス線（バリウム）を大阪市がん検診の胃カメラに変更可能な場合は○となります。

※大阪市がん検診について
国保人間ドックと同日実施可能な場合は○、別日実施可能な場合は別となります。

「国保人間ドック」大阪市ホームページ等記載事項

大阪市ホームページ等への記載事項をご記入ください。

実施機関名	医療法人 ○○会 △△病院		
担当者名	大阪 太郎		
電話番号	06-○○○○-○○○○	(内線)
メールアドレス			

記号の説明
★・・・国保プラス健診実施
☆・・・国保人間ドック実施
○・・・実施
△・・・実施機関に要確認
別・・・別の日に実施

国保人間ドックのみの実施であれば空欄となります。

木曜日休診や土曜日午前のみ等であれば△となります。

区	国保プラス健診	国保人間ドック	実施機関名	所在地	電話	健診日			【参考】大阪市がん検診の取扱				
						月 金	土	日	胃がん (胃カメラ)	前立腺がん	子宮頸がん	乳がん	
											マンモグラ	超音波	
北	★	☆	○○会 △△病院	〒530-8201 北区中之島1-3-20	06-○○○○-○○○○	○	△			○	○		別

法人区分等をご入力いただいても省略する場合があります。

国保人間ドックの胃部エックス線（バリウム）を大阪市がん検診の胃カメラに変更可能な場合は○となります。

※大阪市がん検診について
国保人間ドックと同日実施可能な場合は○、
別日実施可能な場合は別となります。