

C型肝炎ウイルス検査について

(この検査は任意です。)

- 検査は次の方が申し込みます。
 - ・ 一般健診を受ける方
 - ・ 総合健診を受ける方
- ※ ただし、過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことのある方を除きます。
- 一般健診、総合健診とは別に一部負担金(3割負担、最高462円)が必要です。
- この検査結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導、並びに個人が識別されない方法での統計・調査研究に限り使われます。

C型肝炎ウイルス検査申込書

船員保険生活習慣病予防健診に併せ、C型肝炎ウイルス検査を申し込みます。

年 月 日

申込者氏名 (自署) _____

① 被保険者証記号・番号		② 性別	
(記号：数字10桁)	(番号：数字1～7桁)	男・女	
③ 受診者氏名 (ふりがな)		④ 生年月日 (年齢)	
.....(ふりがな).....		昭和 年 月 日 (歳)	
⑤ 現住所	〒 ー 電話番号： _____		

健診機関名