豊中市　保険給付課　宛

**胃カメラに関する確認事項（回答）**

**以下の項目について、該当する方に〇印を記入してください。**

1. 胃カメラの選択可否について。

（　　）　選択ができる

（　　）　選択ができない

1. 選択できる場合、追加料金について

（　　）　追加料金なし

（　　）　追加料金あり→　　　　　　　　　　　円

健診機関名

担当者

連絡先