

協会けんぽ生活習慣予防健診等の申込書

事業所所在地	〒 ー		連絡事項	適格請求書発行事業者番号 ( ) 登録予定あり ( 当院との取引が初めての方 ) ( ) 登録予定なし											
	事業所名			健診ご案内書類等の送付先 (左記住所と異なる場合のみ記入ください) (〒 ー TEL )											
担当者	様	保険者番号	保険証の記号	★支払方法⇒ ( ) 当日本人支払 ( ) 事業所へ請求書希望 (オプション分含め) (請求書の郵送先が左記住所と異なる場合のみ記入ください) (〒 ー TEL )											
TEL			結果原本送付先 ⇒ 会社		カメラ希望者は、差額 ¥2,200必要です。										
FAX			結果北°-会社へ送付 ⇒ ( ) 要 ( ) 不要												
番号	本・家	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望するものを○で囲んでください					携帯番号			※ 決定日	胃検査の希望に○をつけてください オプション検査追加等があれば記入ください	
					基本健診			オプション		第1希望日	第2希望日	第3希望日			
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	節目健診	一般健診	若年層健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨密度検査	携帯番号 / / /			(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	節目健診	一般健診	若年層健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨密度検査	携帯番号 / / /			(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	節目健診	一般健診	若年層健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨密度検査	携帯番号 / / /			(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	節目健診	一般健診	若年層健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨密度検査	携帯番号 / / /			(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	節目健診	一般健診	若年層健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨密度検査	携帯番号 / / /			(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	人間ドック	節目健診	一般健診	若年層健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨密度検査	携帯番号 / / /			(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)

負担金 人間ドック¥12,000 節目健診¥8,280(自費¥15,500) 一般健診¥5,500 若年層健診¥2,500 乳がん検診¥980・¥1,700(自費¥5,500) 子宮がん検診¥990(自費¥3,300) 骨密度検査¥1,390(自費¥3,080)

# 記入時の注意事項

お問合せがある場合、平日9:00~16:30  
0897-55-5121へお電話ください。

済生会西条病院  
検診センター

就労区分等必要であればご  
記入ください。

AX 0897-55-5241

申込日  
令和 年 月 日

協会けんぽ

活習慣病予防健診の申込用紙

事業所所在地	連絡事項			通格請求書発行事業者番号 (当院との取引が初めての方)	<input type="checkbox"/> 登録予定あり <input type="checkbox"/> 登録予定なし
	0から始まる8桁の番号			健診ご案内書類等の送付先(左記住所と異なる場合のみ記入ください)	(〒 - TEL)
個人の番号	7~8桁の番号			支払方法⇒( )当日本人支払 ( )事業所へ請求書希望(オプション検査分含め)	(請求書の郵送先が左記住所と異なる場合のみ記入ください)
担当者	様	保険者番号	保険証の記号	結果原本送付先 ⇒ 会社	結果ごへ会社へ送付 ⇒ ( )要 ( )不要
TEL				携帯番号	※ 決定日
FAX				第1希望日	第2希望日
番号	フリガナ	性別	生年月日	第3希望日	決定日
	氏名	男・女	昭・平	月 日 月 日	胃検査の希望に○をつけてください。 オプション検査追加等があれば記入下さい。
		男・女	昭・平	月 日 月 日	(胃透視・経口カフ・経鼻カフ)
		男・女	昭・平	月 日 月 日	経口カフ・経鼻カフ)
		男・女	昭・平	月 日 月 日	(胃透視・経口カフ・経鼻カフ)
		男・女	昭・平	月 日 月 日	経口カフ・経鼻カフ)
		男・女	昭・平	月 日 月 日	(胃透視・経口カフ・経鼻カフ)
		男・女	昭・平	月 日 月 日	経口カフ・経鼻カフ)
		男・女	昭・平	月 日 月 日	(胃透視・経口カフ・経鼻カフ)
		男・女	昭・平	月 日 月 日	経口カフ・経鼻カフ)

支払い方法については必ず、  
選択ください。  
「オプションのみ本人」等は空欄  
へ記入ください。

個人宅ご希望の場合は別  
途郵送料が発生する場合  
があります。ご相談ください。

カフ希望者は、差額2,200  
必要になりました。

胃の検査を希望しない場  
合はその旨をご記入くださ  
い。

オプション希望などがあれば  
ご記入してください。  
\*オプションパンフレットを参照く  
ださい。

時間までに来られない場合等  
直接連絡をお取りさせていた  
だく場合があります。

決定日は記入しないで下さい。  
医療機関で決定しご連絡いた  
します。

氏名・フリガナ  
は正確にご記  
入ください。

生年月日は正確にご  
記入ください。

追加があれば○で囲んでください。  
対象年齢でなければ補助は出ませんが、希望す  
れば全額自己負担にて実施できます。自費にて  
希望と記入ください。  
補助対象年齢については協会けんぽからの冊子  
で確認ください。

申し込み日から1ヶ月くらいの  
余裕をもって、第1~第3希望  
日まで、健診希望日をご記入  
ください。

※※保険証情報※※  
必ず記入してください。