

# 平成29年度全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ） 生活習慣病予防健診をご希望される会社様 及びご担当者様へ

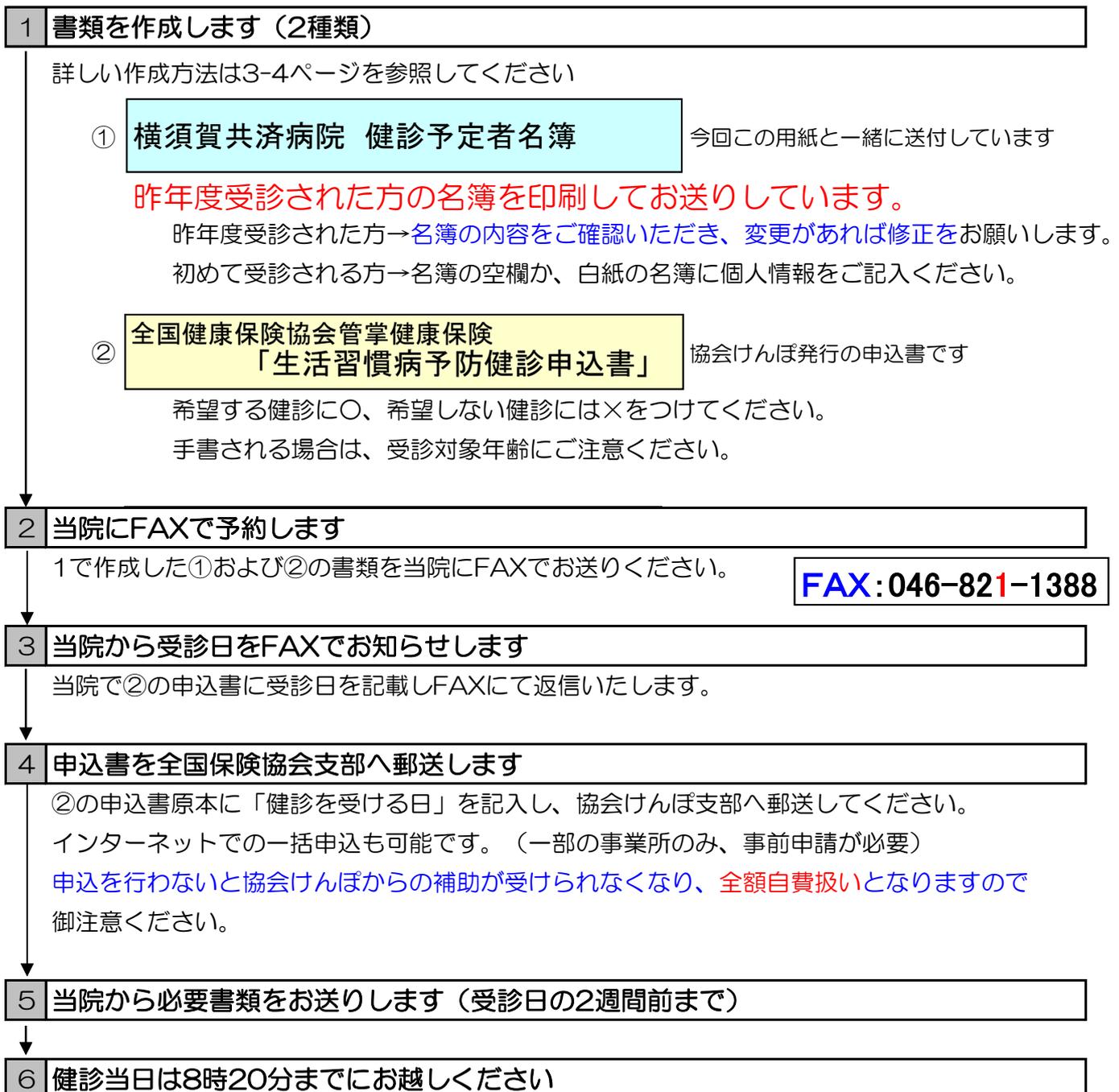
いつも当健康管理センターを御利用いただき有難うございます。

毎年ご予約の際、ご担当者様には大変ご迷惑をおかけしております。

なるべく円滑に予約受付を行いたいと思いますので、変更内容・追加オプション等、受診者様のご理解いただいた上で、下記の方法でお申し込み下さいますようお願い申し上げます。

## 予約受付から受診までの流れ

健康管理センターへのご予約、ご連絡は**必ず健診ご担当者様に取りまとめて**お願いします。



\*ご不明な点は**13時～17時**にお電話でお問い合わせください。

**TEL:046-822-2982**

# 横須賀共済病院 健診予定者名簿の作成方法

昨年度受診された方の名簿をお送りしています。変更があれば、名簿の修正をお願いします。  
 今年度受診されない方の名簿には取り消し線を引いてください。  
 変更がない場合は、③のみ記入してください。

横須賀共済病院 健診予定者名簿				FAX:046-821-1388				
事業所(住所1)				連絡先(住所2) 支店・営業所など左記と異なる場合のみ記入				
フリガナ 名称	①	フリガナ 名称	②	◎希望する方法を○で囲んでください(必須)				
所在地		所在地		案内送付先	自宅	住所1	住所2	
TEL		TEL		1日の受診人数	希望なし	1日1人	1日( )人	
FAX		FAX		支払方法	全て窓口支払	③ 全て会社請求	*会社請求一部窓口	
協会けんぽの申込書もあわせてFAXをお願いします。				結果報告書送付先	自宅	*会社請求書の宛先 住所1・住所2		
				*例:胃カメラは窓口払 など具体的に記入をお願いします				
当院使用欄 (会員マスタ情報)	(フリガナ) 健診者氏名	性別	生年月日 (和暦)	郵便番号・電話番号・住所			備考欄 (追加・変更項目他)	健診希望日 (日付・曜日・曜)
	④	男・女	S・H 年 月 日	TEL			⑤	⑥

① 事業所情報 健康保険証に記載されている事業所名(フリガナ)、所在地をご記入下さい。  
 電話番号、FAX番号、ご担当者様のお名前もお願いします。

② 連絡先 連絡先、請求先が①と異なる場合はこちらへご記入ください。

③ 案内送付先・受診人数・支払い方法の選択 必ず記入してください

それぞれご希望の方法に○をつけてください

案内送付先	受診前にお送りする、健診のご案内の送り先です
1日の受診人数	最大5名迄指定できます 胃カメラ・子宮頸がん検診・脳ドックは1日1名迄です
支払方法	会社請求で、一部*を窓口支払いも可能です *具体的な振り分け方法をお書きください(例:胃カメラは窓口払い) 窓口支払では、現金・クレジットカードも御利用できます(暗証番号必須)
結果報告書送付先	自宅宛に郵送します *個人情報保護法により、ご自宅のみとさせていただきます

④ 個人情報 カルテ作成上必要です。すべて記入をお願いします。

⑤ 備考欄 オプション項目などご記入ください。(別紙参照)略字でご記入下さい。

⑥ 健診希望日 健診日の設定 土曜日、日曜日、祝日、3月第2木曜日は休診日です

- 希望日のある方は第3希望までお書き下さい。特になければ空欄で結構です。  
 大まかに曜日や健診月の希望、避けたい曜日を記入していただいてもかまいません。
- 女性の方は生理中にできない検査(尿検査、便検査、子宮頸がん検診)がありますので、  
 健診日調整の際はご注意ください。
- 追加検査を希望される方は、追加検査の実施日にご注意ください(3ページ⑤参照)。
- 予約希望者が多い場合は、ご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。
- 健診予約日の変更は1回までお受けいたします。

## 協会けんぽ 生活習慣病予防健診申込書の作成方法

保険証情報や氏名等が印字済、白紙（手書き）のどちらの申込書でも結構です。

### 健診機関情報の記入

- ・ 用紙右側の 健診機関名 **横須賀共済病院**、健診機関コード**1411900091**をご記入下さい。
- ・ 当院にFAXされる際は「**健診を受ける日**」は**空欄**でお願いします。

健診機関名 (健診機関コード)
横須賀共済病院
1 4 1 1 9 0 0 0 9 1

健診を受ける日 日
平成
空欄

### 印字済の申込書を使用する場合

協会けんぽ発行の申込書は、保険証情報・氏名・健診内容が印字されています。

- ・ ご希望の健診内容に○、**ご希望されない健診内容があれば×**をつけてください。
- ・ 名簿中の当院で健診を受けない方には線を引いてください。

### 白紙の申込書を使用する場合

申込書をお持ちでない方は、協会けんぽのホームページから入手できます。

- ・ 保険者番号、記号、保険証の番号、氏名、生年月日をまれなく記入してください。
- ・ **ご希望の健診内容に○、ご希望されない健診内容に×**をつけてください。
- ・ 詳しくは協会けんぽホームページの申込書記入例をご覧ください。

印字済の申込書の空欄に追加していただいても結構です。

## 生活習慣病予防健診の注意点

**重要**

各健診は受診対象年齢が決められています。**対象年齢以外の方は協会けんぽからの補助が受けられません**ので御注意ください。

受診日時時点で、**健康保険証が他の健保に変更されている方、健康保険証が失効している方は協会けんぽからの補助は受けられません**。保険証を申込時と変更された場合、必ずご連絡ください。

平成29年度より、**乳がん検診がマンモグラフィのみとなり、視触診は原則廃止**となりました。ご希望の方は、当院で視触診検査（自費）のご用意がありますのでご利用ください。

上記の場合でも、自費での受診は可能ですので、ご相談ください。

2017年3月

**横須賀共済病院 健康管理センター**

TEL 046-822-2982（直通）  
（電話受付時間 13時～17時）

Fax 046-821-1388

休診日 土、日、祝日、3月第2木曜日

## 別紙

### 協会けんぽ オプション項目のご案内

胃部レントゲン検査（バリウム）の変更

胃部レントゲン検査未実施については「胃部レントゲン検査についてのお知らせ」を参照してください。

※ 胃カメラ（経口）は、通常径・細径から選べます。どちらか選択して「備考欄」へご記入ください。

未記入の場合は通常径とさせていただきます。

			料金
胃カメラ経口	月～金	人数に制限あり	差額：6,940円
胃カメラ経鼻	月、火、水、金	人数に制限あり	差額：7,940円

オプション検査

※ 当日の追加はお受けできない場合がございますので、事前の申込みをお勧め致します

		料金
甲状腺機能検査	TSH、FT4の検査	4,400円
PSA	前立腺がん検査希望の方	3,120円
経膣エコー検査	子宮頸がん検診に追加できます	5,670円
HPV	(ヒトパピローウイルス) 子宮頸がん検診に追加できます	4,000円
乳がん視触診検査	乳がん検診に追加できます	3,600円
骨密度	骨の強さを調べます	3,000円

今回対象者でない方も自費でご受診いただけます

		料金
政管追加健診（自費）	一般健診に追加すると人間ドックと同等項目になります	16,000円
乳がん自費	視触診+マンモグラフィー・視触診+超音波検査（火、水のみ）	9,250円
子宮がん自費	診察+頸部細胞診+経膣エコー	13,370円
企業健診	一般健診とほぼ同じ健診	26,530円
企業胃ナシ	一般健診とほぼ同じ健診で胃検査なし	16,250円
定期健診	労安法健診項目（一般計測、胸部X線、心電図、血液検査（肝機能、糖尿病、脂質、貧血）、尿検査、内科診察）	14,400円

## 胃部レントゲン検査についてのお知らせ

協会けんぽより、生活習慣病予防健診の胃部レントゲン検査未実施の取り扱いについて指導がありました。

生活習慣病予防健診はセット健診として行なっているため、次の場合のような場合を除いて検査を省くことはできません。

- 1 胃部治療中
- 2 受診前に他の健診等で胃部検査を行なっている場合
- 3 アレルギー、妊婦等の医学的理由
- 4 当日の体調（健診機関の医師等の判断）

など、医師が検査を行なうことが適切でないと判断した場合

不適切な未実施については、協会けんぽからの補助が受けられない場合があります。