

C 健康診断申込書 FAX:046-821-1388

住所1 (本社)		住所2 (左記と連絡先が別の場合 支店や営業所など)	
事業所所在地	〒 -	所在地	〒 -
事業所名称 (ふりがな)		事業所名称 (ふりがな)	
健診担当者名		健診担当者名	
電話番号	()	電話番号	()
FAX番号	()	FAX番号	()

◆ 該当箇所にお〇、又は記入をお願いします

問診票の郵送先	自宅	住所1	住所2	1日の受診人数	希望なし	1日1名	1日()名
支払方法	全て窓口支払い		全て会社請求 (請求書の送付先 住所1・住所2) 一部窓口負担の検査()				
結果報告書の送付先 (チェックを入れてください)	自宅のみ	個人情報保護法により、ご自宅(1部)のみの郵送となっております。					
	会社のみ	単身赴任など長期不在の方は指定の会社宛に郵送させていただきますが、 同意書が必要になります。					
	自宅と会社	会社と自宅の両方へ希望される場合は、 1部につき200円 となり、 同意書が必要になります。					

保険証情報		保険者番号	記号	番号
氏名 (ふりがな)		性別	生年月日	電話番号
		男・女	昭和 平成 年 月 日	()
診察券番号		住所	〒 -	
5				

◆ 希望する検査にお〇をつけてください (対象の検査は**健診対象者年齢早見表**を確認してください)

協会けんぽ 生活習慣病予防健診	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診 (マンモグラフィのみ)	子宮頸がん検診
--------------------	------	-----------------	------	----------------------	---------

◆ 胃部レントゲン検査を**希望されない方** (下記より理由を選び、番号にお〇をつけてください)

協会けんぽより指導があり、次のような場合を除いては検査を省くことは出来ません。

1 受診前に他の健診等で胃部検査を行っている	2 アレルギー、妊娠等の医学的理由	3 胃部治療中
------------------------	-------------------	---------

◆ 自己負担のオプション検査を希望する場合は、**〇**をつけてください

(税込み)

胃部レントゲン検査から内視鏡検査へ変更 静脈麻酔を使った鎮静下検査は行なっていません	乳がん検診	乳房診察+マンモグラフィ	9,500円	
		乳房診察+乳腺超音波(火・水)	9,500円	
胃カメラ	経口(通常径)	7,000円	子宮頸がん検診	
	経口(細径)	7,000円		
	経鼻	8,000円		
追加健診(差額ドック)	18,000円	オプション	追加健診 +動脈硬化検査	30,000円
一般健診の検査項目と一緒に実施すると人間ドックと同様なコースになります。			PSA検査(前立腺)	3,200円
			骨密度検査	4,000円
			甲状腺機能検査(血液)	4,500円

◆ 対象外の方(35歳未満・75歳以上の方・扶養や配偶者の方)希望する検査内容にお〇をつけてください

企業健診(一般健診とほぼ同じ内容です)	29,000円	定期健診(労安法健診項目)	15,000円
企業健診(胃部レントゲンを省く)	17,000円		

◆ 健診希望日(健診日は月曜日～金曜日の平日、午前中のみとなっております)

第1希望日	第2希望日	第3希望日
-------	-------	-------