

C 健康診断申込書(横須賀共済病院)

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)		希望する方法に○、又は記入をお願いします			
事業所所在地 〒 -		所在地 〒 -		案内送付先		1日の受診人数	
				自宅	住所1	住所2	希望なし
							1日1人
							1日()人
事業所名称 (ふりがな)		事業所名称 (ふりがな)		支払方法			
				全て窓口		全て会社請求 (住所1・住所2)	
						*会社請求一部窓口 下記へご記載ください	
				(*)			
健診担当者名		健診担当者名		結果報告書の郵送先			
電話番号		電話番号		自宅のみ	個人情報保護法により、ご自宅(1部)のみ郵送になります		
FAX番号		FAX番号		会社	会社へ希望される場合は、 同意書の提出 が必要になります		
				自宅と会社	両方へ希望される場合は、 1名につき 220円 となります		
横須賀共済病院、診察券番号		5					
保険証情報		保険者番号		記号		番号	
氏名		性別		生年月日		住所	
ふりがな		男・女		昭和・平成		〒 -	
				年 月 日		()	

◆該当年齢の希望する検査に○をつけてください

協会けんぽ生活習慣病予防健診	40~74歳の方	一般健診	節目健診(40~70歳の5歳刻み)	乳がん検診(マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	骨粗鬆症
* 胃部レントゲン検査を実施されない方(下記の理由を選択してください)						
(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						
協会けんぽ生活習慣病予防健診	35~39歳の方	一般健診 (胃あり・便検査あり)	一般健診 (胃あり・便検査なし)	一般健診 (胃なし・便検査あり)	一般健診 (胃なし・便検査なし)	子宮頸がん検診
協会けんぽ健診	20・25・30歳の方	若年健診	子宮頸がん検診単独(20~34歳の偶数年齢)			

◆対象外の方(上記の年齢以外・75歳以上の方・被扶養の方)希望する検査内容に○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)	29,810円	企業健診(胃部レントゲンを省く)	17,490円	定期健診(労安法健診項目)	15,400円
---------------------	---------	------------------	---------	---------------	---------

◆自己負担のオプション検査を希望する場合は、○をつけてください(料金が変更となっております)

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		追加健診(差額ドック)	18,000円	乳がん検診	マンモグラフィ(触診なし)	6,490円	
		一般健診と一緒に実施すると人間ドックと同様な内容になります			乳腺超音波(触診なし)(火・水のみ)	6,490円	
内視鏡	経口(通常径・細径)	7,590円	追加健診 + 動脈硬化検査	30,320円	子宮頸がん検診	経膈エコー	6,050円
	経鼻	8,580円	甲状腺機能検査(血液)	4,620円		婦人科診察+子宮頸部細胞診+経膈エコー	14,410円
骨密度検査	4,180円	PSA検査(前立腺)	3,300円	HPV(細胞診と一緒に受けてください)		4,290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
-------	-------	-------