2026年度　建設国保ドック申込書（※建設国保加入者用）

008-02-14 建設国保ドック申込書 第3版

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

2026年4月1日～

事業所名	ご住所	〒
	電話番号　　－　　－	FAX番号　　－　　－

希望日	フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	胃検査※必須	希望追加オプション	事務課記入欄
第1希望日　月　日（　） 第2希望日　月　日（　）		男・女	西暦　年　月　日（　歳）	〒	・バリウム ・カメラ(経口・経鼻) ※胃なしコースはありません		組・未
第1希望日　月　日（　） 第2希望日　月　日（　）		男・女	西暦　年　月　日（　歳）	〒	・バリウム ・カメラ(経口・経鼻) ※胃なしコースはありません		組・未
第1希望日　月　日（　） 第2希望日　月　日（　）		男・女	西暦　年　月　日（　歳）	〒	・バリウム ・カメラ(経口・経鼻) ※胃なしコースはありません		組・未
第1希望日　月　日（　） 第2希望日　月　日（　）		男・女	西暦　年　月　日（　歳）	〒	・バリウム ・カメラ(経口・経鼻) ※胃なしコースはありません		組・未

下記①～④にチェックをお願いします。④結果の控え（コピー）を希望された場合、コピー代10円をいただきます。

①健診グッズについて	②費用について	③結果について	④結果の控えについて
□　健診グッズ（お知らせ）は個人に送付	□　健診費用は当日窓口払い	□　健診結果は個人に送付	□　健診結果（控）を希望する
□　健診グッズ（お知らせ）は会社にまとめて送付	□　健診費用は会社にまとめて請求	□　健診結果は会社にまとめて送付	□　健診結果（控）を希望しない

★この度は生協さえき病院の「建設国保ドック」にお申込頂きありがとうございます。上記枠内に必要事項を記入の上返信いただきますようよろしくお願いします。

★健診日程が決まりましたら建設国保から健診受診券を発行してもらい、健診当日に受付にお出しください。
受診券の当日の提出がない場合は健診を受けられません。

★当院でのオプションのご希望は別紙のオプション表で確認し希望オプション欄にご記入ください。

★胃カメラ検査の実施曜日は（月）（火）（水）（木）（金）です。

★胃カメラ検査ご希望の場合、検査中に組織の一部を採取して病理検査をさせていただく場合があります。
その際には別途料金が実費で掛かります。ご了承ください。

★胃カメラ検査で安定剤をご希望の場合、お車やバイクでの来院はご遠慮いただいております。

★建設国保ドック料金（窓口負担）組合員価格6,980円　一般価格9,980円　税込み ※2026年度より料金が変更となります。

〒７３１－５１１５
広島市佐伯区八幡東３－１１－２９
生協さえき病院
電話　（０８２）９２６－４５１１
ＦＡＸ（０８２）９２６－４５２２