

重要

胃カメラご希望の場合、
変更差額として¥3,300 (税込)

健康診断申込者名簿

2026年度 協会けんぽ事業所用

保険者番号
 保険証記号

受診資格確認のため、必ず保険者番号、
記号、番号のご記入をお願い致します。

事業所名 **株式会社 福島** 担当者名 **福島花子**
 TEL番号 **082-123-456** FAX番号 **082-456-789**

太枠の中をご記入ください

胃カメラ検査で病理組織検査を実施した場合保険診療となります

ID	No	希望日		保険証 番号	コースによっては対象年齢の制限がありま す。ご確認の上選択してください。	健診コース ※1		胃の検診		オプション ※2		備考欄
		第1希望	第2希望			<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input checked="" type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
組	1	5 / 6 (水)	5 / 7 (木)	1234	福島 花子 (女)	10月17日	<input checked="" type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input checked="" type="checkbox"/> 胃カメラ	<input checked="" type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー	脳ドック
組	2	/ / (金)	/ / (金)	1235	福島 太郎 (男)	昭和・平成 58年 3月4日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー	その他オプションなど
組	4	/ /	/ /			昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー	
組	5	/ /	/ /			昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー	
組	6	/ /	/ /			昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー	
組	7	/ /	/ /			昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー	

第1、第2希望を記入してください。曜日のみ指定される場合などは括弧内にご記入ください

コースによっては対象年齢の制限があります。ご確認の上選択してください。

胃カメラを選択する場合で、希望のある方は経口、経鼻のどちらかに○をしてください。
※当日問診の内容によっては変更となる場合があります。

詳細は協会ホームページをご確認ください

※1対象年齢
 若年健診 20.25.30歳
 節目健診 40.45.50.55.60.65.70歳

※2協会補助対象 (人間ドックを受けられる方は対象年齢であっても補助はありません)
 子宮がん検診：20～74歳偶数年齢 ※子宮がん検診は他機関での実施となっております。
 乳がん検診(マンモ)：40歳～74歳偶数年齢※乳がん検診・骨粗鬆症健診は一般・節目健診時に限ります。
 骨粗鬆症検診：40歳以上 偶数年齢 女性

必ず協会けんぽの書類をご参照の上お申し込みください

健診センター記入欄
 電子カルテ 請求情報入力 TEL済(/)
 ご案内送付(/ チェック済()

申込書・受診者名簿は 当院 FAX 082-292-3225 メール kenshin@hch.coop まで