

生活習慣病予防健診
申込書

1 新規申込	フリガナ		TEL() -
2 会社名、住所等変更	事業所名		FAX() -
3 変更なし (住所はご記入下さい)	住所	〒 -	携帯電話(日中連絡の取れる電話番号) - -

*オプションのみの申込みは出来ません

ご希望のコースに○をお願いします。

協会けんぽ補助希望者 保険番号 区分	受診者氏名	性別	生年月日	Aコース	Bコース	Cコース
				お勧め (男性)	お勧め (女性)	基本
被保険者	フリガナ	男・女	S・H	A	B	C
被扶養者	フリガナ	男・女	S・H	A	B	C
被保険者	フリガナ	男・女	S・H	A	B	C
被扶養者	フリガナ	男・女	S・H	A	B	C
被保険者	フリガナ	男・女	S・H	A	B	C
被扶養者	フリガナ	男・女	S・H	A	B	C

オプション検査(ご希望に○をご記入ください)								胃なし	受診希望日		備考
☆	☆	☆	☆		☆				第1希望	第2希望	
腹部超音波	腫瘍マーカー	肝炎ウイルス	前立腺癌	眼圧	子宮癌	ABC健診	BNP				
D	E	F	G	H	I	J	N	なし	/	/	
D	E	F	G	H	I	J	N	なし	/	/	
D	E	F	G	H	I	J	N	なし	/	/	
D	E	F	G	H	I	J	N	なし	/	/	
D	E	F	G	H	I	J	N	なし	/	/	

合計 名 ◎6名以上申込みされる場合はお手数ですがコピーの上ご記入下さい ◎☆印はAコース、Bコースにふくまれます

◎協会けんぽ(社会保険)加入者のみご記入下さい。
保険記号(保険証氏名上の7ケタ、又は8ケタの番号です)

被保険者番号

記号

◎受診券ご利用頂く方のみご記入下さい

受診券整理番号 氏名

◎裏面もご確認下さい

◎協会けんぽ補助を利用される方は別紙と裏面をご確認下さい

◎胃部レントゲンを受診されない方は胃ナシの欄に○を付けて下さい
(協会けんぽ補助ご利用の方は原則として胃部レントゲン検査は省略出来ません)

◎書類送付先について(上記と送付先が異なる場合のみ下記ご記入下さい)

宛名 ☎

〒 住所

◎生活習慣病予防健診申込みについて

- お申込みは、F A Xにてお願いします。(お申込み順に受付時間を決めさせていただきます)
- F A X 番号 052-822-0900は、自動受付 自動返信となっております。
お客様の電話契約により電話番号に返信される場合があります。(電話に1回コールされます)
ご迷惑お掛けしますが宜しくお願いします。
- 健診時間をご指定の受付時間より1時間半前後です。
- 健診日の7日から10日前位に受診要領をお届けさせていただきます。
- 健診料金は当日現金支払い、又は後日振込でお願いします。(健診終了後に請求書をお送りいたします)
※東海診療所にて受診された場合はすべて後日請求となります。

◎協会けんぽ加入者 (対象者は全国健康保険協会発行の保険証をお持ちの35歳～74歳です)

健診料金補助をご利用の方 (下記1～3 いずれかの方法でお申込み下さい)

- 1、申込書に保険者番号・記号・番号を記入して下さい。
- 2、保険証をコピーの上、申込書と一緒にFAXして下さい。
- 3、全国健康保険協会より送付されている生活習慣病予防健診申込書と一緒にFAXして下さい。

当協会(全日本労働福祉協会)より全国健康保険協会へ補助金申請の手続きをさせていただきますが確認まで3週間程掛ります。

◎受診券による補助をご希望の方は、今年度の受診券整理番号を申込書に記入下さい。

◎胃レントゲン検査を受けられる皆様へ

- 前日の食事は午後10時までにすませて、当日の朝は絶飲食でお願いします。
(降圧剤等、服薬中の方は少量の水でお飲みください)
- バリウム検査によるムセや誤嚥をしやすい方、副作用等危険性の高い80歳以上の方の受診はなるべくお控えください。
(施設健診ではないので応急処置の対応に限界があるため)
検査につきまして疑問、質問等がありましたら担当スタッフにお尋ねください。