人間ドック申込書（協会けんぽ）

■健診費用のお支払方法をお知らせ下さい（下記のいずれかの□に✓）

□①全額会社請求（後日ご請求書を送付）　□②全額窓口払い

□③項目ごとに支払い方法が異なる　※会社請求対象の項目にチェックを入れてください

（□胃カメラ差額(3,300円)　□鎮静剤料金(2,500円)
□マンモグラフィ(6,600円)　□乳腺超音波(4,400円)　□子宮頸がん検診(7,000円)
□前立腺がん検診(2,200円)　□肝炎ウイルス(2,710円)
□その他（　　））

■各送付先をお知らせください（下記のいずれかの□に✓）

案内状・検査キット　□自宅　□会社
健康診断結果報告書　□自宅　□会社
請求書　□自宅　□会社

事業所所在地　〒	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者様名	
健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号

※請求書・結果報告書の送付先が異なる場合は下記特記事項に事業所名称・住所をご記入ください

特記事項

受診希望日①	受診希望日②	フリガナ 氏名	性別	生年月日		健康保険証番号	胃部検査 いずれかを〇で囲んで下さい	胃カメラ時鎮静剤	オプション検査					備考 追加オプション・時間帯希望など
									乳がん検診					
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		①バリウム　②胃カメラ	希望する・希望しない	マンモグラフィ	乳腺超音波	子宮頸がん検診※	前立腺がん検診	肝炎ウイルス検査	

※子宮がん検診は下記の曜日・時間帯のみ受診可能です。
午前･･･毎週火曜、木曜　第1、2週目の金曜　　午後･･･第3、4、5週目の金曜

静和記念病院　健診センター　担当：　　TEL　011-738-7100　FAX　011-738-7057