

協会けんぽ用申込用紙(虹の橋病院 健診センター)

●健診費用支払方法 (該当箇所には☑して下さい)

●健診料金

※税込表示

事業所情報			
事業所名称	TEL	-	-
事業所住所	FAX	-	-
ご担当者名			
保険情報	③ 保険者番号	④ 保険者名称 全国健康保険協会	支部

健診コース	<input type="checkbox"/> 全額本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求 <input type="checkbox"/> 一般健診料金(5,282円)会社請求 差額本人払 <input type="checkbox"/> その他:
胃カメラ	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求
婦人科	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求 <input type="checkbox"/> その他:
オプション	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求
胃カメラ代替料金 ¥6,050(税込)	

コース・検査項目	助成対象者	対象外
一般健診	5,282	16,500
一般健診+付加健診	14,885	27,500
一般健診+付加健診 40~70才 5才ごと節目年齢	7,971	
1日ドック	40~70才5才ごと節目12,503 節目外 19,417	33,000
2日ドック	40~70才5才ごと節目52,653 節目外 59,567	73,150
子宮がん	20才以上偶数年 970 奇数 5,500	5,500
マンモグラフィ	50才以上 " 1,013 " 6,050 40~49才 " 1,574 " 6,050	6,050
健康診断Ⅰ	6,050	
健康診断Ⅱ	11,000	
健康診断Ⅲ	12,100	

上記と異なる場合にご記入下さい

請求先住所・名称

問診票送付先住所

自宅  職場

胃がん検診希望なしの方は以下のいずれかの理由に

該当しない場合、健診料金の補助対象外となる事があります

- ① 治療中
- ② 他で検査を受けたまたは受ける予定がある
- ③ 身体的理由(アレルギー・妊産婦など)
- ④ 当日の体調(健診実施機関の医師等の判断)

希望日	フリガナ氏名	性別	本人以外の場合 保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション追加	センター記入欄 受診確定日	
1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他共済組合など	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ 理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
				<input type="checkbox"/> 2日ドック [ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇 ]	<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ~Ⅲ胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし			
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 被保険者情報 ① 記号 ② 番号						
		フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他共済組合など	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ 理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ		
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 2日ドック [ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇 ]			<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ~Ⅲ胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし			
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他共済組合など	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ 理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳			<input type="checkbox"/> 2日ドック [ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇 ]	<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ~Ⅲ胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし			
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他共済組合など	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ 理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳			<input type="checkbox"/> 2日ドック [ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇 ]	<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ~Ⅲ胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし			
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他共済組合など	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ 理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳			<input type="checkbox"/> 2日ドック [ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇 ]	<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ~Ⅲ胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし			

●胃カメラ検査実施について

- ・経ロカメラで鎮静剤を使用した場合、終日バイク・車の運転はできません。
- ・経鼻カメラは右記の方の場合は受診ができません。(キシロカインアレルギー、抗凝固剤服用中、鼻骨折、術歴)

★労働基準監督署定期健康診断結果報告書(第6号)届出用のデータ提供も対応可能です。必要時にご依頼下さい。

虹の橋病院 健診センター【健診予約専用 FAX:088-633-0902】