

J A新潟厚生連 小千谷総合病院 健診センター宛

令和5年3月6日より受付開始

FAX 0258-81-1621

※お間違いのないようお願いいたします

令和5年度 協会けんぽ

生活習慣病予防健診 予約申込書

事業所名称	健診案内をお送りする住所		〒 _____ 会社・自宅														
健診担当者名	電話番号																
保険証記号	FAX番号																
保険証番号	※1名でお申し込みの場合はご記入ください →	フリガナ 氏名	性別	生年月日													
保険者番号	※新潟支部以外の事業所様はご記入ください		ご希望がございましたらご記入ください														
健診希望月	月 ~ 月		※ 毎月20日まで 上旬・中旬 曜日など														
人数	健診のコース		男性	女性	乳がん	子宮がん	男女合計人数										
	(対象：年度年齢35歳以上)				(対象：年度偶数年齢)												
	一般健診	(5,282円)	名	名	名	名	名										
	(対象：年度年齢40歳と50歳)																
	一般健診と付加健診	(7,971円)	名	名	名	名	名										
(対象：年度年齢20~38歳の偶数年齢の女性)		子宮がん検診(単独) (970円) ※子宮がん検診のみを受診する方			名	名											
対象年齢以外で乳がん検診・子宮がん検診希望者	オプション乳がん検診 (4,730円)		オプション子宮がん検診 (3,960円)			名	名										
<p>※胃の検査はバリウム検査です。バリウム検査ができない場合は、下記に人数をご記入ください。</p> <p>◆胃の検査を受診しない方 _____ 名</p> <p>◎胃カメラへ変更できるのは「人間ドックのコース」の方のみになります。 一般健診と付加健診のコースで胃カメラに変更はできませんのでご了承ください。</p>																	
日数	<input type="checkbox"/> 同じ日に全員受診		<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 日間に分かれて受診		(一般健診の定員は1日6名様までになります)												
<p>生活習慣病予防健診から 日帰り人間ドックのコースに変更の希望 _____ なし ・ あり _____ 名</p> <p>➡ あり の場合 (27,117円)</p> <table border="1"> <tr> <th>胃の検査</th> <th>胃カメラ (経口)</th> <th>胃カメラ (経鼻)</th> <th>バリウム</th> <th>胃の検査 なし</th> </tr> <tr> <td></td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> <td>名</td> </tr> </table>								胃の検査	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)	バリウム	胃の検査 なし		名	名	名	名
胃の検査	胃カメラ (経口)	胃カメラ (経鼻)	バリウム	胃の検査 なし													
	名	名	名	名													
定期健診 (法定健診)	健診希望月 _____ 月 ~ _____ 月		男性	女性	合計												
(8,360円)	※一般健診・付加健診をお申し込みの場合はこちらに記入しないでください ※毎週水曜日の午後実施(胃の検査なし)。詳細につきましては担当者よりご連絡いたします		名	名	名												
支払方法	<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 健診料金のみ (一般・付加・ドック・補助あり乳がん・子宮がん) <input type="checkbox"/> オプション分も <input type="checkbox"/> 本人払い																
会社用 結果表	<input type="checkbox"/> 必要 ※ 個人情報です。受診者の同意を得てください。 ➡ <input type="checkbox"/> 受診者の同意確認 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (得られない場合、結果表は送付できません) <input type="checkbox"/> 不要																

受付者	カレンダー枠	入力 未・済
	カレンダー名簿	入力 未・済