

J A新潟厚生連 小千谷総合病院 健診センター宛

令和6年3月4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6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75歳未満) 一般健診 (5,282円)		名	名	(対象：年度偶数年齢) 名	名	名
	(対象：年度年齢40歳・45歳・50歳・55歳 60歳・65歳・70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
	※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。 ◆胃の検査を受診しない方 _____ 名 ◎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。						
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)		
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		
ありの場合 (27,117円)			胃の検査	胃カメラ (経口) _____ 名	胃カメラ (経鼻) _____ 名	バリウム _____ 名	胃の検査なし _____ 名
定期健診 (法定健診) (8,360円)	健診希望月 月 ~ 月		男性	女性	合計		
※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) 該当するものに○ <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 checked="" 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