

健康診断名簿

会社名: _____

40、45、50、55、60、65、70歳の方が対象

必須項目

希望日

コースと、胃カメラか胃透視をご記入ください

35歳以下
協会けんぽ対象外

35歳以上
協会けんぽ

協会けんぽ

マンモグラフィー

月曜のみ

オプション検査
特殊健診等をご記入ください

氏名	ふりがな	生年月日	性別	第1希望	第2希望	人間ドック	法定全項目	協会けんぽ 一般	協会けんぽ 付加	乳がん	子宮がん	その他
例 健診 花子	けんしん はなこ	1987/9/3	女	2023/8/10(木)	2023/8/23(水)	日帰り(胃カメラ)		○		○	○	頭部MRI
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

・協会けんぽ生活習慣病健診の胃検査対象者は、原則、胃検査(バリウム)を受けていただきます。

※胃カメラをご希望の場合は、人間ドックのご案内になります。

諸事情により胃検査が出来ない場合は、必ず事前にご連絡ください。

・協会けんぽの補助を利用される場合は、保険証のコピーまたは「生活習慣病予防健診対象者一覧」を併せて、送付ください。

・法定全項目のみは、お受けできません。

社会医療法人 潤心会

熊本セントラル病院 健診センター

【TEL】096-285-5650

【FAX】096-285-5810

受付時間 平日:14:00 ~ 17:00