

〈個人〉人間ドック・健康診断 申込書

送信日: 年 月 日

フリガナ 氏名			性別 男・女
生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		年度年齢 歳
自宅住所	〒 -		
連絡先	TEL	FAX	
事業所名			
事業所住所	〒 -		
加入保険 組合名	保険者 番号		
保険証の下部に記載されている保険者名をご記入ください。			
コース	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック→ <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム(胃透視) <input type="checkbox"/> 全大腸(胃・大腸カメラ)		
	<input type="checkbox"/> レディースドック(月・木・金)→ <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム(胃透視) ★2		
	<input type="checkbox"/> 脳ドック→		
	<input type="checkbox"/> 消化器ドック→ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 大腸CT		
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活習慣病予防健診 全国健康保険協会(協会けんぽ) ★1 <input type="checkbox"/> 若年健診 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック健診 <small>保険証情報 記号 番号 枝番</small>		
<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診→ <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望日	第1希望 年 月 日 ()	第2希望 年 月 日 ()	第3希望 年 月 日 ()
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口支払い <input type="checkbox"/> 事業所請求 ★3	健診結果 会社控え	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
・健診資料 ・検査キット 送付先	<input type="checkbox"/> 上記自宅 <input type="checkbox"/> 上記事業所 上記住所と異なる場合 〒 -		
・結果 送付先	<input type="checkbox"/> 上記自宅 <input type="checkbox"/> 上記事業所 上記住所と異なる場合 〒 -		
その他	希望オプションや、質問事項等ございましたらこちらにご記入ください。		

- ★1 当日は必ず、マイナンバーカード又は資格確認書をご持参ください。胃検査(胃透視)は、40歳以上の方は必須項目となります。胃検査(胃透視)はアレルギーがあるなど、医師の判断により中止となる場合がございます。
- ★2 レディースドック及び脳ドックは協会けんぽの補助対象外でございます。
- ★3 原則、協会けんぽ補助利用を含む5名様以上または人間ドック利用で事業所請求も可能です。
- ※ 人間ドック・健診結果(個人結果)は各個人宅へ郵送いたします。