

2023年度協会けんぽ用申込用紙(ハートライフ病院予防医学センター)

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

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

●健診費用支払方法 (該当箇所に☑して下さい)

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)	

※検査結果報告書の事業所控え用コピーは対応いたしかねますのでご了承下さい。
結果データをCDにて提供しておりますのでご希望の場合はお問い合わせ下さい。

●健診料金

※税込表示

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・50才節目のみ		7,971		
1日ドック	40・50節目 12,503		節目外 19,417	33,000
2日ドック	40・50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	6,050
	40～49才	1,574	6,050	
健康診断Ⅰ		6,050		
健康診断Ⅱ		11,000		
健康診断Ⅲ		12,100		

	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	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"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
	2	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"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
	3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳		<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"/> 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"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人	被保険者証 情報	① 記号 ② 番号	<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			
2	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"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
	2	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"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
	3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳		<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"/> 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"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人	被保険者証 情報	① 記号 ② 番号	<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			
3	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"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
	2	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"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
	3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳		<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"/> 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"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<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"/> 協会子宮がん 検診のみ <input type="checkbox"/> 希望なし		
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人	被保険者証 情報	① 記号 ② 番号	<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			

●胃カメラ検査実施について

- ・経口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。(キン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。

ハートライフ病院予防医学センター【健診予約専用 FAX:098-895-6559】