

令和8年度 全国健康保険協会(協会けんぽ) 生活習慣病予防健診申し込み表

企業名:	担当者:	TEL:	保険者番号	保険証記号
住所:		FAX:		

※会社請求は年間受診者が3名以上の企業様になります。2名以下の場合、全額窓口支払いになります。

保険証番号	第1希望	第2希望	第3希望	フリガナ 名前	性別	生年月日	健診内容	胃部検査	婦人科検査	備考
					男・女	S H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 若年健診(※注1) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診(※注2) <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 健診(A・B)	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (別途:¥6600) <input type="checkbox"/> 鎮静あり (別途¥2,200) <input type="checkbox"/> 鎮静なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 希望なし	
住所:				TEL:						
					男・女	S H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 若年健診(※注1) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診(※注2) <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 健診(A・B)	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (別途:¥6600) <input type="checkbox"/> 鎮静あり (別途¥2,200) <input type="checkbox"/> 鎮静なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 希望なし	
住所:				TEL:						
					男・女	S H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 若年健診(※注1) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診(※注2) <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 健診(A・B)	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (別途:¥6600) <input type="checkbox"/> 鎮静あり (別途¥2,200) <input type="checkbox"/> 鎮静なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 希望なし	
住所:				TEL:						
					男・女	S H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 若年健診(※注1) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診(※注2) <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 健診(A・B)	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (別途:¥6600) <input type="checkbox"/> 鎮静あり (別途¥2,200) <input type="checkbox"/> 鎮静なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 希望なし	
住所:				TEL:						

現在ご予約が殺到しているため、返信までに1か月ほどかかりますのでご了承下さい。
直近3ヶ月以内でご希望される場合はご予約はお電話にて承ります。

中部徳洲会病院 健康管理センター
TEL:0570-00-1789 FAX:933-7559

※注1:若年健診は、20、25、30歳の被保険者が対象になります。

※注2:R6年度4月より、節目健診の対象年齢が40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳になります。

※注3:胃部検査は身体的な理由以外で検査を省くことはできません。

※注4:人間ドックを受診された場合、子宮がん・乳がん対象年齢でも補助はありません。