

【注意事項】※必ずお読みください！！ (被扶養者の方はこの用紙ではお申込できません直接センターへお電話にてご予約ください)

- ◆必要事項・第3希望日までをご記入の上、FAXにてお送りください。保険者番号・保険証記号・番号が未記入の場合は協会けんぽ補助が受けられません。
- ◆年度年齢とは、4月から次の年の3月までの間の年齢になります。対象の検査・金額等については、協会けんぽのホームページ等でご確認ください。
- ◆予約確定後にFAXの返送にて決定日をご報告致します。FAXをお持ちでない(FAX番号未記入)の場合は、折り返しのお電話にてご連絡致します。

必須

お支払方法に
☑をお願いします

☐全額窓口支払

※一旦、立て替えてご自分で会社へ
請求される方はこちらです

☐会社請求あり(下記にチェック)

- ☐全額会社請求(窓口負担なし)
☐一般健診のみ会社請求
☐一般健診と一部会社請求 ➡

- ☐胃内視鏡(カメラ)検査差額料
☐付加健診(☐対象者のみ ☐全員)
☐婦人科健診(☐対象者のみ ☐全員)
☐その他()

◆ 尚、☑の無い場合は全額窓口支払で対応させていただきます。ご了承下さい。

事業所情報

フリガナ 名称	ご担当者 様	左記書類送付先が別の場合の記入欄 ☐事前書類のみ ☐事前書類と結果 〒
住所 〒	TEL	
保険者番号	FAX	お名前 様
保険証記号		

※胃のバリウム検査は【1年以内に手術等がある方・便秘症の方・70歳以上の方】は実施ができない為、必ず事前確認をしてください！！

保険証番号	フリガナ	男女	生年月日 昭・平 年 月 日	年度年齢 歳	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診 ☐対象 ☐対象外 (自費)	マンモグラフィ ☐対象 ☐対象外 (自費)	子宮がん ☐対象 ☐対象外 (自費)	希望①	希望②	希望③	ご希望に○	決定 / ()	備考
フリガナ		男女	昭・平 年 月 日	年度年齢 歳	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診 ☐対象 ☐対象外 (自費)	マンモグラフィ ☐対象 ☐対象外 (自費)	子宮がん ☐対象 ☐対象外 (自費)	/	/	/	ご希望に○ 胃バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) 胃の検査キャンセル	決定 / ()	備考
フリガナ		男女	昭・平 年 月 日	年度年齢 歳	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診 ☐対象 ☐対象外 (自費)	マンモグラフィ ☐対象 ☐対象外 (自費)	子宮がん ☐対象 ☐対象外 (自費)	/	/	/	ご希望に○ 胃バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) 胃の検査キャンセル	決定 / ()	備考
フリガナ		男女	昭・平 年 月 日	年度年齢 歳	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診 ☐対象 ☐対象外 (自費)	マンモグラフィ ☐対象 ☐対象外 (自費)	子宮がん ☐対象 ☐対象外 (自費)	/	/	/	ご希望に○ 胃バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) 胃の検査キャンセル	決定 / ()	備考
フリガナ		男女	昭・平 年 月 日	年度年齢 歳	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診 ☐対象 ☐対象外 (自費)	マンモグラフィ ☐対象 ☐対象外 (自費)	子宮がん ☐対象 ☐対象外 (自費)	/	/	/	ご希望に○ 胃バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) 胃の検査キャンセル	決定 / ()	備考
フリガナ		男女	昭・平 年 月 日	年度年齢 歳	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診 ☐対象 ☐対象外 (自費)	マンモグラフィ ☐対象 ☐対象外 (自費)	子宮がん ☐対象 ☐対象外 (自費)	/	/	/	ご希望に○ 胃バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) 胃の検査キャンセル	決定 / ()	備考