

令和4年度

全国健康保険協会管掌健康保険 生活習慣病予防健診

協会けんぽ健康診断 北見赤十字病院専用申込書 ①

**重要**

このFAXを送信してから1週間経っても当院より電話やFAXがない場合は、お手数ですが連絡をお願いいたします。

申込事業所名称	
申込事業所住所	〒
電話番号	こちらの番号にご連絡いたします
FAX番号	こちらの番号に予約確認FAXをいたします
ご担当者	

左記と送付先が違う場合はご記入ください

《案内キット送付先事業所》

《請求書・事業所用結果表送付先事業所》

名称		名称	
住所	〒  個人宅は記入しないでください	住所	〒  個人宅は記入しないでください
電話番号		電話番号	

種類		支払い方法 (どちらかに○を付してください)	
協会けんぽの健診	一般健診 <small>* 医師判断で実施する眼底検査79円が追加となることがあります</small>	7,169円(税込)	事業所 個人
	付加健診(40歳・50歳)	4,802円(税込)	事業所 個人
	乳がん検診(40歳代)	1,686円(税込)	事業所 個人
	乳がん検診(50歳以上)	1,086円(税込)	事業所 個人
	子宮頸がん検診(単独)	1,039円(税込)	事業所 個人
日赤オリジナル	胃内視鏡への変更差額	5,500円(税込)	事業所 個人
	胃内視鏡時の鎮静処置	3,300円(税込)	事業所 個人
	差額ドック(人間ドック) <small>* 別紙参照</small>		事業所 個人
	日赤オプション <small>* 別紙参照</small>		事業所 個人

- ◆1週間経っても当院より電話やFAXがない場合は、お手数ですが連絡をお願いいたします。
- ◆お支払い方法は事業所単位となります。受診者ごとはお引き受けいたしかねますのでご了承ください。
- ◆事業所様への請求書・結果表は、月末締め翌月10日の発送となります。(月下旬のご利用や検査内容により遅延することがございます)
- ◆受診者様が窓口支払いした領収書名は、受診者様のお名前になります。

病院使用欄

本  
会 会-2  
全て 協 ( 一般 付加 協子 協乳 )  
子 乳 脳 その他( )

確認日時 月 日 時 分

処理担当者

事業所様への健康診断結果表送付	必要	不要
-----------------	----	----

\*「必要」の場合は受診者本人の了承を得てください。  
 \* 全て受診者払いの場合は、事業主様への結果表送付はありません。

令和4年度

全国健康保険協会管掌健康保険 生活習慣病予防健診

協会けんぽ健康診断 北見赤十字病院専用申込書 ②

**重要** このFAXを送信してから1週間経っても当院より電話やFAXがない場合は、お手数ですが連絡をお願いいたします。

申込事業所名称	
健康保険被保険者証の保険者番号	8桁
健康保険被保険者証の記号	7桁か8桁

健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	協会けんぽ健診	胃内視鏡の種類	一般健診に追加 できる健診①	一般健診に追加 できる健診②	希望する 差額ドック/日赤オプション	健診希望日		
									第1	第2	第3
入力例 9999	ニッセキ ハナコ 日赤 花子	女	昭和47年4月2日	一般健診 (バリウム)	経鼻 (5,500円)	付加健診	乳がん検診	脳MRI・MRA	6/3	6/15	7/15

\* 差額ドック(人間ドック)ご利用の際は内視鏡差額(税込5,500円)はありませんが、鎮静処置は(税込3,300円)を別途申し受けます。