

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。

記入例

申込事業所名称	〇〇株式会社
申込事業所住所	〒090-0000 北見市〇〇町〇丁目〇〇番地
電話番号	こちらの番号にご連絡いたします 0157-00-0000
FAX番号	こちらの番号に予約確認FAXをいたします 0157-00-0000
ご担当者	健保 太郎

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	〒	住所	〒
電話番号		電話番号	

個人宅は記入しないでください

種類		支払い方法(どちらかに○をつけてください)	
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は79円が追加となります</small>	7,169円(税込)	事業所払い 受診者払い
	付加健診(40歳・50歳)	4,802円(税込)	事業所払い 受診者払い
	乳がん検診(40歳代)	1,686円(税込)	事業所払い 受診者払い
	乳がん検診(50歳以上)	1,086円(税込)	事業所払い 受診者払い
	子宮頸がん検診	1,039円(税込)	事業所払い 受診者払い
日赤オリジナル	胃内視鏡への変更差額	5,500円(税込)	事業所払い 受診者払い
	胃内視鏡時の鎮静処置	3,300円(税込)	事業所払い 受診者払い
	差額ドック(人間ドック)	*別紙参照	事業所払い 受診者払い
	日赤オプション	*別紙参照	事業所払い 受診者払い

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。

- ◆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は毎月10日の発送となります。(月下付) ことごとがざいます)
- ◆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。

必ずご記入願います。

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()

ご担当者
 確認日時 月 日 時 分
 処理担当者

申込事業所名称	〇〇株式会社								
健康保険被保険者証の保険者番号	0	1	0	1	0	0	1	6	8桁
健康保険被保険者証の記号	7	1	1	2	3	4	5	6	7桁か8桁

記入例

必ず記入願います。

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				胃部検査の希望 (税込)					差額ドック・日赤 オプション記入欄	健診希望日			
				一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡		検査 しない	第1	第2	第3
123	ケンボ タロウ 健保 太郎	男・平	xx年 xx月 x日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない	差額ドック、PSA	6/3	6/17	6/24
1234	ケンコウ ツギコ 健康 次子	男・平	xx年 xx月 x日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		6/23	7/7	7/14
12345	キョウカイ ヤスコ 協会 保子	男・平	xx年 xx月 x日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		7/13	7/20	7/27
		男・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/
		男・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	バリウム	経鼻 内視鏡	経口 内視鏡	鎮静 経口 内視鏡	検査 しない		/	/	/

<p>健康保険証の番号 氏名(フリガナ) 性別 生年月日を必ずご記入願います。</p>	<p>子宮頸がん検診(単独)は20~38歳(偶数年齢※)の女性被保険者が対象となります。</p> <p>付加健診は40歳、50歳の被保険者が対象となります。</p> <p>乳がん検診は40~74歳(偶数年齢※)の女性被保険者が対象となります。</p> <p>子宮頸がん検診は36歳~74歳(偶数年齢※)の女性被保険者が対象となります。</p> <p>※偶数年齢とは? 令和4年度に誕生日を迎え、偶数年齢になる女性</p>	<p>胃部検査の希望を 選択願います。</p> <p>「検査しない」場合も ○をつけて下さい。</p>	<p>差額ドック・ 日赤オプション 検査がある場合 こちらに記載 願います。</p> <p>別紙「日赤オプション 検査」を ご参照ください。</p>	<p>健診希望日 を第1~第3 まで記入願 います。</p> <p>希望日に記 載がない場 合はこちらで 日程を決め させていただきます。</p>
---	--	---	--	---

* 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。