

令和5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>	5,282円(税込)	事業所払い 受診者払い
	付加健診(40歳・50歳)	2,689円(税込)	事業所払い 受診者払い
	乳がん検診(40歳代)	1,574円(税込)	事業所払い 受診者払い
	乳がん検診(50歳以上)	1,013円(税込)	事業所払い 受診者払い
	子宮頸がん検診	970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

- ◆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) 月10日の発送となります。
- ◆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

*「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5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

必ず記入願います。

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	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

※1 下記をご参考に記載をお願いいたします

- ① 具体的な期日を指定していただいても構いません。(別日となる場合があります)
- ② ○月～○月の間で○曜日で予約したい(または○曜日以外で予約したい)
- ③ 記載がなければこちらにて日程を調整させていただきます

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)					希望する 差額ドック/日赤オプション	健診希望日 自由記載※1	
				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	差額なし	5,500円	5,500円	8,800円			減額あり
123	ケンボ タロウ 健保 太郎	男 昭 女 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	7月～9月
1234	ケンコウ ツギコ 健康 次子	男 昭 女 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		
12345	キョウカイ ヤスコ 協会 保子	男 昭 女 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		
		男 昭 女 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		

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。

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。
付加健診は40歳、50歳の被保険者が対象となります。
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。
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。
※偶数年齢とは?
令和4年度に誕生日を迎え、偶数年齢にな

胃部検査の希望を選択願います。
「検査しない」場合も○をつけて下さい。

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。
別紙「日赤オプション検査」をご参照ください。

※1に記載している内容を参考に記載願います。

* 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。