

令和6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

この申込書を送信してから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》

《請求書・事業所用結果送付先》

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(どちらかに必ず〇をつけてください)	
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・45・50・55・60・65・70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	
日赤オプショナル	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
	差額ドック(人間ドック) *別紙「協会けんぽの補助を利用した健康診断」参照		事業所払い、受診者払い
	日赤オプション *別紙「日赤オプション検査参照」 胃内視鏡時の鎮静処置 3,300円を含む		事業所払い、受診者払い

- ◆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日前後の発送となります。(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。

必ずご記入願います。

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致しかねます。

病院使用欄

<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 会	<input type="checkbox"/> 会-2
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 協
<input type="checkbox"/> カメラ	<input type="checkbox"/> 差額	<input type="checkbox"/> OP
確認日時	月	日
	時	分
処理担当者		

令和6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

この申込書を送信してから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	ケンポ 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、偶数年齢になる女性

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。