

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。

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》

《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○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
日赤オプショナル	子宮頸がん検診	970円(税込)	事業所払い 受診者払い
	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。

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	

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。

