

2025年度 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)生活習慣病予防健診申込書 ①

申込日 月 日

◆健診案内(請求書)送付先 ※事業所名は「正式名称」を記載願います			
事業所名カナ			
事業所名			
事業所所在地		〒	
電話番号		FAX番号	
ご担当者			

◆請求書送付先が左記と違う場合はご記入ください			
事業所名		カナ	
		名称	
事業所所在地		〒	
電話番号			
FAX番号			

健診費用請求先	いずれかに○を付けてください	
一般健診	事業所	受診者
協会けんぽ対象オプション(対象年齢のみ)	事業所	受診者
付加健診、乳がん検診、子宮頸がん検診(単独含)		
胃部内視鏡検査	事業所	受診者
差額ドック(人間ドック)	事業所	受診者
日赤オプション		
胃部内視鏡鎮静処置含む	事業所	受診者

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

※結果表送付を「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、事業所様への結果表送付は致しかねます
 ※「一般健診」には眼底検査(医師が必要と判断した場合のみ)を含みます

◆申込書を送信してから1週間経過しても、当院から電話やFAX等がない場合は、お手数ですがご連絡をお願い致します。

◆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致しかねます。

◆事業所への請求書・結果表は翌月10日前後の発送となります。

◆受診者が窓口支払いした領収書名は、受診者の氏名となります。

病院使用欄

☐ 本	☐ 会	☐ 会2	☐ 全て
☐ 一般	☐ 協	☐ カメラ	☐ 差額 ☐ OP
確認日	月 日	担当者	

2025年度 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)生活習慣病予防健診申込書 ②

事業所名「正式名称」	フリガナ	事業所名
------------	------	------

※申込書①健診案内送付先事業所名と健康保険証の「事業所名称」が違う場合は上記の「事業所名」に記載願います

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桁または8桁」
---------------------	-----------------------

健康 保険証 番号	フリガナ 氏名 生年月日 患者ID	性別	郵便番号 住所 電話番号	胃部検査 「いずれかを選択願います」			協会けんぽ 補助対象のOP			差額 ドック	健診希望日 (自由記載です)	日赤オプションを 希望される場合は 以下にご記入ください
	カ ナ 氏 名 S・H 年 月 日 I D	男 ・ 女	〒 住所 電話	胃部 検査 なし	胃部 X 線 検 査 バリ ウム	胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口	付加 健診	乳 がん 検診	子宮 頸 がん 検診	有 ・ 無		
	カ ナ 氏 名 S・H 年 月 日 I D	男 ・ 女	〒 住所 電話	胃部 検査 なし	胃部 X 線 検 査 バリ ウム	胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口	付加 健診	乳 がん 検診	子宮 頸 がん 検診	有 ・ 無		
	カ ナ 氏 名 S・H 年 月 日 I D	男 ・ 女	〒 住所 電話	胃部 検査 なし	胃部 X 線 検 査 バリ ウム	胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口	付加 健診	乳 がん 検診	子宮 頸 がん 検診	有 ・ 無		
	カ ナ 氏 名 S・H 年 月 日 I D	男 ・ 女	〒 住所 電話	胃部 検査 なし	胃部 X 線 検 査 バリ ウム	胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口	付加 健診	乳 がん 検診	子宮 頸 がん 検診	有 ・ 無		