

協会けんぽ加入事業所 受診対象者申込書

受診対象検査、受診希望日、希望オプションをご記入の上、当センターまでお送りください。
※保険証情報(保険者番号、記号、番号)が変わった方はお申込みの際に必ず修正の上、お申込み下さい。

事業所名			所在地		担当者名	
保険者番号		保険証記号	TEL		FAX	
保険証番号	フリガナ氏名	生年月日 性別	受診対象検査 (希望される検査に☑してください)		備考 (希望オプション)	受診希望日 (複数の希望日をご記入ください)
		男・女				希望日 ① 月 日 AM・PM ② 月 日 AM・PM ③ 月 日 AM・PM 確定日
		男・女				希望日 ① 月 日 AM・PM ② 月 日 AM・PM ③ 月 日 AM・PM 確定日
		男・女				希望日 ① 月 日 AM・PM ② 月 日 AM・PM ③ 月 日 AM・PM 確定日
		男・女				希望日 ① 月 日 AM・PM ② 月 日 AM・PM ③ 月 日 AM・PM 確定日
		男・女				希望日 ① 月 日 AM・PM ② 月 日 AM・PM ③ 月 日 AM・PM 確定日

協会けんぽ加入者補助利用対象検査について

協会けんぽ 一般健診：健診の受診年度に、35歳～74歳になられる方
協会けんぽ 一般健診＋付加健診：健診の受診年度に、40歳・50歳になられる方
協会けんぽ 子宮頸がん検診：健診の受診年度に、20歳～74歳までの偶数年齢になられる女性
協会けんぽ 乳がん検診：健診の受診年度に、40歳～74歳までの偶数年齢になられる女性
※ご要望等ございましたら、備考欄にご記入下さい

協会けんぽ未加入者又は補助利用無し対象検査について

生活習慣病健診(ﾊﾞﾘｯﾁ)：協会けんぽ 一般健診と同様の健診
※生活習慣病健診(ﾊﾞﾘｯﾁ)は差額5,500円で胃の検査を胃ｶﾌﾞﾘに変更可
生活習慣病健診(ABC)：胃の検査がABC検診で健康年齢を加えた健診
定期健診B：労働安全衛生法に基づく法定健診
定期健診C：生活習慣病健診(ﾊﾞﾘｯﾁ)より胃の検査抜きの健診

医療法人健昌会
淀川健康管理センター
大阪市淀川区十三本町1丁目1番9号

TEL 06-6303-7281
FAX 06-6303-7284