

左記と連絡先や書類送付先が別の場合(支店・営業所)
ご住所・事業所名・電話番号・ご担当者様等ご記入ください

島田総合病院健診センター行

事業所所在地

〒

申込日 年 月 日

事業所名称

健康保険証
保険者番号

健康保険証
保険者記号

ご担当者様 []

電話番号 ()

FAX番号 ()

◆請求方法 全額会社請求 ・ 一般健診のみ会社請求 ・ 協会けんぽ今年度補助対象のみ会社請求 ・ 全額窓口支払 ・ その他具体的に⇒

健康保険証 番号	フリガナ	性別	生年月日	健診の種類 ○で囲んでください			一般健診と併せて受診するもの ○で囲んでください				健診を受ける日 (和 暦)	備 考	
	氏 名			一般健診	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)		※オプション等希望される検査をご記入ください *基本項目にはバリウムが含まれております。希望しない場合は備考欄に記載をお願いいたします。 *胃内視鏡検査に変更の場合、備考欄に記載が無ければバリウム検査となります。 *乳がん検査をエコーへ変更の場合、備考欄に記載が無ければマンモグラフィとなります。 *子宮がん検診は水・木・第1、3、5土曜のみ実施となります。	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	一般健診 (若 年)	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)	年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	一般健診 (若 年)	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)	年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	一般健診 (若 年)	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)	年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	一般健診 (若 年)	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)	年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	一般健診 (若 年)	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)	年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	一般健診 (若 年)	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)	年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	一般健診 (若 年)	子宮がん (単独)	節 目 健 診	乳がん 検 診	子宮がん 検 診	骨粗鬆症 検 診 (選択)	①超音波法 ②DEXA法 (CT)	年 月 日	

※今年度から対象の喀痰細胞診は50歳以上かつ喫煙指数600以上の希望者が補助対象です。ご希望の方は備考欄へご記入ください。

★喫煙指数計算方法 一日当たりの喫煙本数×喫煙年数

※今年度受診対象の健診種類など詳しくは協会けんぽの「生活習慣病予防健診のご案内」をご参照ください。