

旭川赤十字病院 健診センター 宛 (FAX : 0166-22-3440 へ送信ください。)

2020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申込書

【 事業所申込用 】

1. 申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
2. 事業所所在地 (郵便番号) 〒 _____ - _____
(住所) _____
3. 事業所名称 _____
4. 担当者名 _____
5. 電話番号 _____
6. F A X 番号 _____

(上記1～6.と連絡先が異なる場合(支店・営業所)は下記に記載をお願いします。)

7. 事業所所在地 (郵便番号) 〒 _____ - _____
(住所) _____
8. 事業所名称 _____
9. 担当者名 _____
10. 電話番号 _____
11. F A X 番号 _____

12. 保険者番号 _____
13. 保険記号 _____
14. 自己負担額請求先 (各項についていずれかを選択ください)

検査内容		負担額	負担先	
コース	・一般健診	7,169円	受診者窓口負担	事業所負担
	眼底検査 (必要時実施)	79円	受診者窓口負担	事業所負担
	・子宮頸がん検診 (単独健診)	1,039円	受診者窓口負担	事業所負担
追加 健診	・付加健診	4,802円	受診者窓口負担	事業所負担
	・乳がん検診 (一方向)	1,086円	受診者窓口負担	事業所負担
	(二方向)	1,686円	受診者窓口負担	事業所負担
	・子宮頸がん検診 (追加健診)	1,039円	受診者窓口負担	事業所負担
	・肝炎ウイルス検査	624円	受診者窓口負担	事業所負担
当院オプション検査(協会けんぽ補助対象外)			受診者窓口負担	事業所負担

(負担先にて【 事業所負担 】を選択している場合で、上記 1 ～ 6 . と異なる場合は下記に記載をお願いします。)

15. 請求書送付先 (郵便番号) 〒 _____ - _____
(住所) _____
16. 請求書宛名 _____
17. 請求先担当者名 _____

18. その他 (連絡事項がありましたらご記載ください。)

旭川赤十字病院 健診センター 宛 (FAX : 0166-22-3440 へ送信ください。)

2020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申込書

【 一般健診 】

1. 申込日	年	月	日	〔左記と連絡先が異なる場合（支店・営業所）は下記も記載をお願いします。〕	
2. 事業所所在地	〒				
3. 事業所名称					
4. 担当者名					
5. 電話番号					
6. FAX番号					
				7. 事業所所在地 (郵便番号)	〒
				(住所)	
				8. 事業所名称	
				9. 担当者名	
				10. 電話番号	
				11. FAX番号	

【 申込に関する確認事項 】

- **2020年度は胃部内視鏡検査（鼻カメラ）のご予約は受けておりません。**胃部検査に関しては胃部X線検査（バリウム）となります。
 - ・胃部X線検査（バリウム）または胃部検査無しをお選びください。
- 乳がん検診・子宮頸がん検診を希望される方へ

以下に該当する方は、当健診センターでは検診を受けられませんので予めご了承ください。

 1. 現在、婦人科系疾患について医療機関にて治療中または経過観察中（一年に一回程度の定期的な受診を含む）の方。
 2. 過去の検査・検診等にて婦人科系疾患に関する精査・受診を勧められていたが、現在までに受診されていない方。

健康保険被保険者証の 保険者番号			
---------------------	--	--	--

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別 【いずれかを選択し てください】		生年月日	胃部検査方法 【いずれかを選択してください】		一般健診と合わせて 協会けんぽの補助を 利用して 受診を希望する場合は選択 してください			健診希望日	当院オプション検査を希望される場合は 下記に記載してください。
			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
1			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
2			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
3			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
4			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別 【いずれかを選択し てください】		生年月日	胃部検査方法 【いずれかを選択してください】		一般健診と合わせて協会の補助を 利用して受診を希望する場合は選択 してください			健診希望日	当院オプション検査を希望される場合は 下記に記載してください。
			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
5			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
6			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
7			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
8			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
9			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
10			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
11			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
12			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
13			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
14			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
15			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
16			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
17			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
18			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別 【いずれかを選択し てください】		生年月日	胃部検査方法 【いずれかを選択してください】		一般健診と合わせて協会の補助を 利用して受診を希望する場合は選択 してください			健診希望日	当院オプション検査を希望される場合は 下記に記載してください。
			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
19			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
20			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
21			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
22			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
23			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
24			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
25			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
26			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
27			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
28			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
29			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
30			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
31			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
32			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	性別 【いずれかを選択し てください】		生年月日	胃部検査方法 【いずれかを選択してください】		一般健診と合わせて協会けんぽの補助を 利用して受診を希望する場合は選択 してください			健診希望日	当院オプション検査を希望される場合は 下記に記載してください。
			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
33			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
34			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
35			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
36			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
37			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
38			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
39			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		
40			男	女		胃部検査 無し	胃部X線検査 :バリウム	付加 健診	乳がん 検診	子宮 頸がん 検診		

旭川赤十字病院 健診センター 宛 (FAX : 0166-22-3440 へ送信ください。)

2020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申込書

【 子宮頸がん検診 (単独) 】

1. 申込日		日
2. 事業所所在地	(郵便番号) 〒	
	(住所)	
3. 事業所名称		
4. 担当者名		
5. 電話番号		
6. FAX番号		

〔左記と連絡先が異なる場合 (支店・営業所) は下記も記載をお願いします。〕

7. 事業所所在地		日
	(郵便番号) 〒	
	(住所)	
8. 事業所名称		
9. 担当者名		
10. 電話番号		
11. FAX番号		

【 申込に関する確認事項 】

以下に該当する方は、当健診センターでは検診を受けられませんので予めご了承ください。

1. 現在、婦人科系疾患について医療機関にて治療中または経過観察中 (一年に一回程度の定期的な受診を含む) の方。
2. 過去の検査・検診等にて婦人科系疾患に関する精査・受診を勧められていたが、現在までに受診されていない方。

※ご不明な点がございましたら、当健診センター (0166-22-8111) までご相談ください。

健康保険被保険者証の 保険者番号		健康保険被保険者証の 記号	
---------------------	--	------------------	--

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	生年月日	上記申込確認事項について一読し 対象ではないことを確認しましたか？		当院オプション検査を希望する場合は 選択してください。		健診希望日
				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 (+5,000円)	HPV検査 (+5,600円)	
1				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 (+5,000円)	HPV検査 (+5,600円)	
2				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 (+5,000円)	HPV検査 (+5,600円)	
3				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 (+5,000円)	HPV検査 (+5,600円)	
4				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 (+5,000円)	HPV検査 (+5,600円)	
5				はい	いいえ (受けられません)	経膈超音波検査 (+5,000円)	HPV検査 (+5,600円)	

番号	健康保険証 の番号	フリガナ 氏名	生年月日	上記申込確認事項について一読し 対象ではないことを確認しましたか？		当院オプション検査を希望する場合は 選択してください。		健診希望日
				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
6				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
7				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
8				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
9				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
10				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
11				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
12				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
13				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
14				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
15				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
16				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
17				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
18				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
19				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	
20				はい	いいえ（受けられません）	経膈超音波検査 （ +5,000円 ）	HPV検査 （ +5,600円 ）	