

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	2020	年	4	月	2	日
2. 事業所所在地	(郵便番号)	〒	078	-	8430	
	(住所)	旭川市曙1条1丁目1番1号				
3. 事業所名称	旭川赤十字病院					
4. 担当者名	日赤 太郎					
5. 電話番号	016-622-xxxx1					
6. FAX番号	016-622-xxxx2					

(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. FAX番号						

12. 保険者番号	01010016
13. 保健記号	12345678
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 】

**記入例**

1. 申込日	2020 年 4 月 2 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	〒 078-8430 旭川市曙1条1丁目	7. 事業所所在地 (郵便番号)	〒
3. 事業所名称		( 住所 )	
4. 担当者名		8. 事業所名称	
5. 電話番号		9. 担当者名	
6. FAX番号		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。

健康保険被保険者証の 保険者番号	01010016	12345678
---------------------	----------	----------

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	1	ニッセキ タロウ 日赤 太郎	男	女	1975年1月1日	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	2020年10月10日	・PSA
2	2	ニッセキ ハナコ 日赤 花子	男	女	1976年10月31日	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	2020年10月10日	・HPV検査
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		

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 ) 】**

**記入例**

1. 申込日 **2019** **2** 日  
 2. 事業所所在地 (郵便番号) 〒 \_\_\_\_\_  
 ( 住所 ) \_\_\_\_\_  
 3. 事業所名称 **旭川赤十字病院**  
 4. 担当者名 **日赤 太郎**  
 5. 電話番号 **016-622-×××1**  
 6. FAX番号 **016-622-×××2**

(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 (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	<b>12345678</b>
---------------------	------------------	-----------------

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
1	<b>3</b>	<b>ニッセキヨシコ 日赤 佳子</b>	<b>1990年5月1日</b>	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 )	<b>2020年10月10日</b>
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 )	
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 )	