

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。)

2022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。)	
------------------------------	--