

記入例

生活習慣病予防健康診断(協会けんぽ)申込書

医療法人社団 やすぎ博愛クリニック・総合健診センター
 (旧:医療法人社団 日立記念病院)
 〒692-0011 安来市安来町1278-5
 (TEL:0854-22-2269/FAX:0854-22-2183)
 kenshin@yasugihakuai.jp
 ※提出はFAXかメールでお願い致します。

事業所住所: (〒 692 - 0011) 安来市安来町1234
 事業所名称: ○○株式会社
 担当者名: 博愛 一郎
 TEL: 0854-11-1234
 FAX: 同上

オプション検査のお支払いについて 記入ください

FAXでの返信時に 必要になりますので必ず 記入してください。

対象年齢については当該年度末(3月31日)時点の年齢をご記入ください

フリガナ氏名	性別	生年月日 (和暦でご記入ください)	年齢	健診を受ける日	健診コース	支払 (いずれかに○を付けてください)	胃部検査 (いずれかに○を付けてください)	胃カメラ 差額支払 (いずれかに○を付けてください)	オプション検査	支払 (いずれかに○を付けてください)
ハクアイ 博愛 一郎 イチロウ	男・女 <input checked="" type="radio"/>	昭平 49年 7月 14日	49	7/27	一般・付加健診 <input checked="" type="radio"/>	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>	カメラ・透視・無 <input checked="" type="radio"/>	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>	腫瘍マーカー	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>
ハクアイ 博愛 二郎 ジロウ	男・女 <input checked="" type="radio"/>	昭平 59年 2月 6日	40	6/13	一般・付加健診 <input checked="" type="radio"/>	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>	カメラ・透視・無 <input checked="" type="radio"/>	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>	なし	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>
ハクアイ 博愛 三郎 サブロウ	男・女 <input checked="" type="radio"/>	昭平 62年 12月 23日	36	12/16	一般・付加健診 <input checked="" type="radio"/>	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>	カメラ・透視・無 <input checked="" type="radio"/>	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>	なし	会社・本人 <input checked="" type="radio"/>
	男・女 <input type="radio"/>	昭平			一般・付加健診 <input type="radio"/>	会社・本人 <input type="radio"/>	カメラ・透視・無 <input type="radio"/>	会社・本人 <input type="radio"/>		会社・本人 <input type="radio"/>
	男・女 <input type="radio"/>	昭平			一般・付加健診 <input type="radio"/>	会社・本人 <input type="radio"/>	カメラ・透視・無 <input type="radio"/>	会社・本人 <input type="radio"/>		会社・本人 <input type="radio"/>
	男・女 <input type="radio"/>	昭平			一般・付加健診 <input type="radio"/>	会社・本人 <input type="radio"/>	カメラ・透視・無 <input type="radio"/>	会社・本人 <input type="radio"/>		会社・本人 <input type="radio"/>

健診コース(一般・付加)のお支払いについてご記入ください。

オプション検査の追加希望があればこちらにご記入ください。

【備考】※案内送付先として事業所以外に指定がある場合、その他何か特記事項がある場合はこちらにご記入ください。

★2023年4月1日受診より協会健保で負担額の価格改定があり、当クリニックでは下記料金設定となりました。

一般健診:5,282円(胃部検査:X線)、6,382円(胃部検査:内視鏡)※該当年度35歳以上74歳以下の方

胃管内視鏡検査(カメラ)の場合、差額1,100円の徴収があります。

付加健診:2,689円(該当年度40歳及び50歳の方で付加健診を希望される方)