

令和 年度

協会けんぽ

本島総合病院 健康管理センター 健康診断申込書

ご本人用（ご担当者）

企業健診

◎希望日の記入は、必ず翌月以降で記入してください。

◎希望日については、必ず第1希望日から第3希望日まで記入してください。

◎また、第3希望日は同月ではなく、別の月で指定してください。

◎ご予約後の変更はお控えください。

変更の際は、受診される日程の10日前までに、必ずご連絡ください。

※御社に健康診断の担当者様がいらっしゃる場合は、こちらの用紙を
担当者様にお渡しください。この用紙は、次年度も使用できます。

※こちらの用紙を記入後、郵送またはFAXしてください。

予約可能な場合、本フォーム返信をもって予約確定とさせていただきます。

※下記と問診票・結果票・請求書等の送付先が異なる場合は、必ず右側の欄に詳細を記入してください。

Form with fields: 問診票・結果票・請求書, 住所(事業所所在地), 氏名(事業所名), 本人(担当者名), TEL, FAX

Form with fields: 問診票・結果票・請求書, 住所(事業所所在地), 氏名(事業所名), 本人(担当者名), TEL, FAX

※今年度より保険証の情報は手続き上、必須となります。 ※定期健康診断(若年健診)は、産業医などの医師の判断で不要でないとする場合に省略できる項目です。

Main table with columns: 保険証/当院の個人ID, 受診希望者名, 性別, 希望する健診の種類に○を記入, 併せて受診する場合は○を記入, 第1希望日, 第2希望日, 第3希望日. Contains 4 rows of data for different individuals.

※当日の検査順は、ご予約いただいた順にご案内させていただきます。また、胃カメラを受けられる方は、別途¥3,300(税込)となります。

Table titled 'オプション検査 料金(税込)' listing various tests and their costs, including ① 脳ドック, ② 子宮頸がん検査, ③ マンモグラフィ, ④ マンモエコー, ⑤ 胃バリウム検査, ⑥ 便潜血検査, ⑦ PSA検査, ⑧ 骨ドック, ⑨ 動脈硬化(ABI), ⑩ 聴力検査, and ⑪ 貧血, 肝機能, 血中脂質, 空腹時血糖.

※受診されるコースに含まれない場合は、上記(自己負担)にてお受けできます。ご希望の方は、【備考】に項目の番号を記入してください。

【お知らせとお願い】

※希望日は、必ず第1~第3希望日まで記入ください。

当院より、お受けできる日程(第1~第3希望日のいずれか)に○をつけて、FAXにて返信・予約確定とさせていただきます。