令和　　年度

ご本人用（ご担当者）

協会けんぽ

企業健診

本島総合病院　健康管理センター　健康診断申込書

◎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。

〒　　問診票　・　結果票　・　請求書	〒　　問診票　・　結果票　・　請求書
住所（事業所所在地）	住所（事業所所在地）
氏名（事業所名）　様	氏名（事業所名）　様
本人（担当者名）　様	本人（担当者名）　様
ＴＥＬ	ＴＥＬ
ＦＡＸ	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必要でないと認める場合に省略できる項目です。

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〇を記入	併せて受診する場合は〇を記入	第1希望日	第2希望日	第3希望日
【必ず記入してください】 記号 番号 保険者番号 当院の個人ID（７桁）	フリガナ 生年月日 大正・昭和・平成・令和	男・女	協会けんぽ　一般健診 協会けんぽ　若年健診（20歳・25歳・30歳） 協会けんぽ　子宮がん検診（単独） 協会けんぽ　節目健診（40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方） 定期健康診断（労働安全衛生法）	協会けんぽ　乳がん検診（マンモグラフィ） 協会けんぽ　子宮がん検診（月・火・水・木のみ） マンモグラフィ　・　マンモエコー 子宮がん検査（月・火・水・木のみ） 骨密度検査（超音波）	令和　／	令和　／	令和　／
					※バリウム検査から、胃カメラに変更したい方 鼻腔　・　口腔 （木・日曜日を除く）		
					【備考】		
【必ず記入してください】 記号 番号 保険者番号 当院の個人ID（７桁）	フリガナ 生年月日 大正・昭和・平成・令和	男・女	協会けんぽ　一般健診 協会けんぽ　若年健診（20歳・25歳・30歳） 協会けんぽ　子宮がん検診（単独） 協会けんぽ　節目健診（40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方） 定期健康診断（労働安全衛生法）	協会けんぽ　乳がん検診（マンモグラフィ） 協会けんぽ　子宮がん検診（月・火・水・木のみ） マンモグラフィ　・　マンモエコー 子宮がん検査（月・火・水・木のみ） 骨密度検査（超音波）	令和　／	令和　／	令和　／
					※バリウム検査から、胃カメラに変更したい方 鼻腔　・　口腔 （木・日曜日を除く）		
					【備考】		
【必ず記入してください】 記号 番号 保険者番号 当院の個人ID（７桁）	フリガナ 生年月日 大正・昭和・平成・令和	男・女	協会けんぽ　一般健診 協会けんぽ　若年健診（20歳・25歳・30歳） 協会けんぽ　子宮がん検診（単独） 協会けんぽ　節目健診（40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方） 定期健康診断（労働安全衛生法）	協会けんぽ　乳がん検診（マンモグラフィ） 協会けんぽ　子宮がん検診（月・火・水・木のみ） マンモグラフィ　・　マンモエコー 子宮がん検査（月・火・水・木のみ） 骨密度検査（超音波）	令和　／	令和　／	令和　／
					※バリウム検査から、胃カメラに変更したい方 鼻腔　・　口腔 （木・日曜日を除く）		
					【備考】		
【必ず記入してください】 記号 番号 保険者番号 当院の個人ID（７桁）	フリガナ 生年月日 大正・昭和・平成・令和	男・女	協会けんぽ　一般健診 協会けんぽ　若年健診（20歳・25歳・30歳） 協会けんぽ　子宮がん検診（単独） 協会けんぽ　節目健診（40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方） 定期健康診断（労働安全衛生法）	協会けんぽ　乳がん検診（マンモグラフィ） 協会けんぽ　子宮がん検診（月・火・水・木のみ） マンモグラフィ　・　マンモエコー 子宮がん検査（月・火・水・木のみ） 骨密度検査（超音波）	令和　／	令和　／	令和　／
					※バリウム検査から、胃カメラに変更したい方 鼻腔　・　口腔 （木・日曜日を除く）		
					【備考】		

※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。

オプション検査　料金（税込）			
① 脳ドック（ＭＲＩＭＲＡ）　¥38,500	④ マンモエコー　¥5,500	⑦ ＰＳＡ検査　¥3,300	⑩ 聴力検査　¥440
② 子宮頸がん検査　¥3,850	⑤ 胃バリウム検査　¥12,100	⑧ 骨ドック　¥1,650	⑪ ◆貧血（赤血球・血色素量） ◆肝機能（ＧＯＴ・ＧＴＰ・γ-ＧＴＰ） ◆血中脂質（ＨＤＬ・ＬＤＬ・中性脂肪） ◆空腹時血糖※ＨｂＡ１ｃは別途¥550 ¥4,400
③ マンモグラフィ　¥5,500	⑥ 便潜血検査（2日法）　¥1,540	⑨ 動脈硬化（ＡＢＩ）　¥3,960	

※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）に〇をつけて、ＦＡＸにて返信・予約確定とさせていただきます。

本島総合病院　〒373-0033　群馬県太田市西本町3番8号　健康管理センター　ＴＥＬ　0276-22-7156　ＦＡＸ　0276-22-2103