

健康診断受診者申込用紙

済生会滋賀県病院 健診センター 行 (FAX：077-552-5736)

1. 事業所情報をご入力ください ※は項目からご選択ください

◆事業所情報を記載してください				事業所コード (医療機関使用)			
◆郵送物の送付先について該当する項目をご選択ください							
事業所名称				請求書 (事業所請求時)		<input type="checkbox"/> 左記事業所 <input type="checkbox"/> その他 (備考欄に住所をご記載ください)	
事業所住所		〒 ー		案内 (問診票)		<input type="checkbox"/> 左記事業所 <input type="checkbox"/> 受診者自宅 <input type="checkbox"/> その他	
				本人用 健診結果		<input type="checkbox"/> 左記事業所 <input type="checkbox"/> 受診者自宅 <input type="checkbox"/> その他	
部署名		担当者名		事業所用 健診結果		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → 必要な場合は下記に送付先を記載ください	
電話番号		FAX番号				<input type="checkbox"/> 左記事業所 <input type="checkbox"/> その他	
保険者番号		保険記号					
◆精算方法について該当する項目をご選択ください (振込手数料は御社負担にてお願いします)				備 考 (その他の送付先)			
受診コース		<input type="checkbox"/> 全て個人窓口払い <input type="checkbox"/> 全て事業所請求					
健保補助の オプション検査		<input type="checkbox"/> 全て個人窓口払い <input type="checkbox"/> 全て事業所請求					
自費の オプション検査		<input type="checkbox"/> 全て個人窓口払い <input type="checkbox"/> 全て事業所請求					

2. 確認事項をご確認のうえ、各項目にチェックをお願いします

- ☐ 郵送先が受診者自宅や本社等の場合は、住所、電話番号、担当者の情報を入力してください。
- ☐ 胃カメラをご選択の際には差額費用が発生します。
差額費用は協会けんぽ定額補助ドック (以下協会ドック) 2,200円 (税込) と生活習慣病予防健診3,850円 (税込) です。
- ☐ 協会ドックの補助適用条件として、受診日当日の結果説明および特定保健指導 (対象者のみ) が必須です。
- ☐ 協会ドックは原則として全ての基本項目の実施が必須です。キャンセルされる場合は未実施の理由を選択してください。

3. 受診者情報をご入力ください (複数名での申込みは2枚目以降のリストを活用ください。) ※は項目から選択してください

I D (医療機関使用)	保険証 番号	フリガナ		性別 ※	生年月日	受診コース	追加検査項目		健診希望日	胃検査等未実施理由※	(その他追 加・キャンセ ル等)
		氏名	乳がん※ 子宮がん※ 骨粗鬆症※								
			ドックオプション								
				男	昭和・平成・西暦	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ補助ドック ●生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 節目	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	① 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 (医師からの指示) <input type="checkbox"/> 他の健診等で実施・実施予定 <input type="checkbox"/> 身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) (協会補助あり) <input type="checkbox"/> 定期健診 (補助なし)		<input type="checkbox"/> 子宮単独 (年度末偶数年齢)	② 月 日		

医療機関使用欄 -----

☐ 併用健診(定期 住民 乳 マーカー) ☐ 住所 (事業所 自宅住所) ☐ 仲介 () ☐ 仮 (個人 団体) 入力

☐ 負担先： 事業所時 控え 有・無 ☐ 未受診理由 ☐ 喫煙指数 (喫煙本数(1日)×年数) 確認

健康診断受診者申込用紙

済生会滋賀県病院 健診センター 行 (FAX: 077-552-5736)

4. 受診者情報（35歳以上の受診者用）をご記入ください

ID <small>(医療機関使用)</small>	保険証 番号	フリガナ	性別	生年月日	受診コース	胃部検査内容	追加検査項目			健診希望日	胃検査等未実施理由	(その他追加・ キャンセル等)
		乳がん					子宮がん	骨粗鬆症				
		氏名					ドックオプション					
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		
			男・女	昭・平・西暦	●人間ドック □協会けんぽ補助ドック	□バリウム □胃カメラ(経口) □胃カメラ(経鼻) ※経鼻はドック限定 □なし	□乳がん □子宮がん □骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	□治療中(医師からの指示) □他の健診等で実施・実施予定 □身体的理由 (妊娠中、アレルギー等)	
				年 月 日	●生活習慣病予防健診 □一般 □節目		自由記載:	②	月	日		

健康診断受診者申込用紙

済生会滋賀県病院 健診センター 行 (FAX : 077-552-5736)

4. 受診者情報（34歳以下の受診者）をご記入ください

ID	保険証 番号	フリガナ	性別 ※	生年月日※	受診コース	子宮がん (偶数年齢女 性)	健診希望日	(その他追加・キャンセル等)
(医療機関使用)		氏名						
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	
			男・女	平成 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健診 ★補助なし <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (若年層) ★協会補助あり	<input type="checkbox"/> 実施する	① 月 日 ② 月 日	