

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. 事業所情報をご記入ください

◆事業所情報をご記入ください				事業所コード (医療機関使用)	
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
部署名		担当者名		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
電話番号		FAX番号		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
保険者番号		保険証記号			<input type="checkbox"/> 左記事業所 <input type="checkbox"/> その他
◆精算方法について該当する項目をご選択ください (振込手数料は貴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				
健保補助オプション 及び胃カメラ差額代	<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。
- 生活習慣病予防健診(若年層)および定期健診コースは事前案内(問診票)の発送はございません。
- 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2,200円(税込)、生活習慣病予防健診3,850円(税込)です。
- 協会けんぽ定額補助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(該当者のみ)が必須です。
- 協会けんぽ定額補助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. 受診者情報をご記入ください(複数名での申込みは2枚目以降のリストをご活用ください)

ID (医療機関使用)	保険証 番号	フリガナ		性別	生年月日	年齢 (年度末)	受診コース	胃部検査内容 ドック、一般・節目	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			
				男	昭		●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック	<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 その他オプション ()	①	月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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	平		<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

4. 受診者情報（35歳以上の受診者用）をご記入ください

ID (医療機関使用)	保険証 番号	フリガナ		性別	生年月日	年齢 (年度末)	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)
		氏名							乳がん	子宮がん	骨粗鬆症			
		ドックオプション												
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			
				男・女	昭・平	年 月 日	●人間ドック <input type="checkbox"/> 協会けんぽ定額補助ドック ●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"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※奇数年齢の方は自費 その他オプション:	① 月 日 ② 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <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)			

4. 受診者情報（34歳以下の受診者）をご記入ください

ID (医療機関使用)	保険証 番号	フリガナ		性別	生年月日		年齢 (年度末)	受診コース	子宮がん	健診希望日		(その他追加・キャンセル等)	
		氏名			年	月				日	①		月
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	
				男・女	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期健診 ★協会補助なし <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 ※奇数年齢の方は自費	①	月	日	