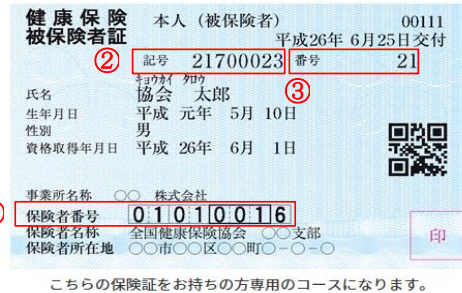


〒

# 生活習慣病予防健診申込書

令和 6 年 月 日



住所 \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_

貴社電話番号/  
携帯電話(個人の方) \_\_\_\_\_

FAX番号  
または E-Mail \_\_\_\_\_

① 健康保険被保険者証の保険者番号		01		フリガナ		性別	生年月日 (和暦) 例: S42/4/4	健診種類	健診希望年月	個人負担分 どちらかに○してください		胃検査	鎮静剤
被保険者証の記号	被保険者証の番号	氏名	会社支払い	本人支払い									
			男・女	一般健診 付加健診(5歳毎)	令和 年 月 ~ 月	会社支払い	本人支払い	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			男・女	一般健診 付加健診(5歳毎)	令和 年 月 ~ 月	会社支払い	本人支払い	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			男・女	一般健診 付加健診(5歳毎)	令和 年 月 ~ 月	会社支払い	本人支払い	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			男・女	一般健診 付加健診(5歳毎)	令和 年 月 ~ 月	会社支払い	本人支払い	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			男・女	一般健診 付加健診(5歳毎)	令和 年 月 ~ 月	会社支払い	本人支払い	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

枠が足りない場合はコピーしてお使い下さい  
複数枚ある場合はページのご記入をお願いいたします。

※胃の検査は経口内視鏡検査、バリウム検査よりお選びいただけます(経鼻内視鏡をご希望の方は別途ご相談ください)。  
 ※胃内視鏡検査の場合は2,200円(税込)、鎮静剤ご希望の場合は3,300円(税込)の別途料金がかかります。  
 例: 経口胃内視鏡検査で鎮静剤を使用した場合の別途料金は合計5,500円(税込)となります。

※鎮静剤を使用した場合、判断能力が低下します。自動車等の運転はできません。検査終了後の勤務もなるべく控えてください。  
 ※1か月に5名以上の受診者がいる場合は個人負担分を会社請求にすることができます。会社請求の場合は、内視鏡検査差額分の請求先についてもお知らせください。  
 ※受診者数が5名未満の場合は、個人負担金は受診者ご本人の窓口払いとなりますので、ご承知おきください。