

(被保険者本人用) 2026年度 全国健康保険協会・生活習慣病予防健診希望者名簿

必ずNo1の紙と一緒にFAXをして下さい

下記太枠①～③について、記入もれのないようご記入下さい。不備がある場合は契約の作成ができず、ご予約をおとりできません

2026年度 No2

※35歳未満の方、75歳以上の方、協会本人の保険証をお持ちでない方(国保・協会家族など)への健康診断を希望される場合は、別紙申込書へご記入下さい。

※各健診のコース内容や対象年齢のご確認をお願いします。ご確認は全国健康保険協会より発行されるパンフレットやホームページをご覧ください。※当院は人間ドック健診は実施していません

① 事業所名(※必ずご記入ください)											
② 保険者番号(※必ずご記入ください)											
③ 第1希望日	第2希望日	保険証の記号番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	住所/電話番号	健診コース(希望コースに☑)			対象年度の方・希望者のみ記入	その他オプション
							※節目・婦人科・骨粗鬆症は対象年齢かご確認下さい(欄外★印参照)				
/ ( )	/ ( )			男・女	西暦 年 月 日 (今年度 歳)	〒 TEL - -	<input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(20・25・30歳)★ <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)経口/経鼻←希望する検査方法に○をつけて下さい <input type="checkbox"/> 一般(胃がん検診なし)			<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 乳がん(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん★ <small>※女性のみ ※偶数年齢の年度のみ ※乳がん子宮頸がんは 毎月15日まで、木土以外</small> <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診◆ <small>※50歳以上・喫煙歴による</small>	
※午前のみ 2027/3/15まで	※午前のみ 2027/3/15まで	※対象:協会(本人) の保険証の方			対象:35歳～74歳の方		<input type="checkbox"/> 上記一般+ 節目健診を希望(40・45・50・55・60・65・70歳)★ <input type="checkbox"/> 40・45・50・55・60・65・70歳以外(補助対象外)だが 節目健診を希望 (一般+約12,000円)				
/ ( )	/ ( )			男・女	西暦 年 月 日 (今年度 歳)	〒 TEL - -	<input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(20・25・30歳)★ <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)経口/経鼻←希望する検査方法に○をつけて下さい <input type="checkbox"/> 一般(胃がん検診なし)			<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 乳がん(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん★ <small>※女性のみ ※偶数年齢の年度のみ ※乳がん子宮頸がんは 毎月15日まで、木土以外</small> <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診◆ <small>※50歳以上・喫煙歴による</small>	
※午前のみ 2027/3/15まで	※午前のみ 2027/3/15まで	※対象:協会(本人) の保険証の方			対象:35歳～74歳の方		<input type="checkbox"/> 上記一般+ 節目健診を希望(40・45・50・55・60・65・70歳)★ <input type="checkbox"/> 40・45・50・55・60・65・70歳以外(補助対象外)だが 節目健診を希望 (一般+約12,000円)				
/ ( )	/ ( )			男・女	西暦 年 月 日 (今年度 歳)	〒 TEL - -	<input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(20・25・30歳)★ <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)経口/経鼻←希望する検査方法に○をつけて下さい <input type="checkbox"/> 一般(胃がん検診なし)			<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 乳がん(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん★ <small>※女性のみ ※偶数年齢の年度のみ ※乳がん子宮頸がんは 毎月15日まで、木土以外</small> <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診◆ <small>※50歳以上・喫煙歴による</small>	
※午前のみ 2027/3/15まで	※午前のみ 2027/3/15まで	※対象:協会(本人) の保険証の方			対象:35歳～74歳の方		<input type="checkbox"/> 上記一般+ 節目健診を希望(40・45・50・55・60・65・70歳)★ <input type="checkbox"/> 40・45・50・55・60・65・70歳以外(補助対象外)だが 節目健診を希望 (一般+約12,000円)				
/ ( )	/ ( )			男・女	西暦 年 月 日 (今年度 歳)	〒 TEL - -	<input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(20・25・30歳)★ <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)経口/経鼻←希望する検査方法に○をつけて下さい <input type="checkbox"/> 一般(胃がん検診なし)			<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 乳がん(40歳～)★ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん★ <small>※女性のみ ※偶数年齢の年度のみ ※乳がん子宮頸がんは 毎月15日まで、木土以外</small> <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診◆ <small>※50歳以上・喫煙歴による</small>	
※午前のみ 2027/3/15まで	※午前のみ 2027/3/15まで	※対象:協会(本人) の保険証の方			対象:35歳～74歳の方		<input type="checkbox"/> 上記一般+ 節目健診を希望(40・45・50・55・60・65・70歳)★ <input type="checkbox"/> 40・45・50・55・60・65・70歳以外(補助対象外)だが 節目健診を希望 (一般+約12,000円)				

1日の定員は4名とさせていただきますが、ご希望に添えない場合もございます

その他、連絡事項がございましたら、下記にご記入ください。

◎胃カメラ検査の実施曜日は月～金です。胃内部の状態によっては病理組織検査が発生します。

- ★一般(20歳25歳30歳)・・・(大腸がん検診・胃がん検診なし)今年度20歳・25歳・30歳になる方が対象
- ★乳がん・子宮頸がん検診は委託先での検査になります(協会一般と同日に受診。毎月15日まで、木・土は不可)
- ★節目健診・・・一般健診に2,780円追加(今年度40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になる方が対象)
- ◆喀痰細胞診・・・50歳以上かつ、喫煙指数600以上(喫煙年数×1日の喫煙本数)の方のみ対象
- 料金について 税込 税率10% の料金です。※健診実施日における税率を適用。
  - ・一般健診(バリウム)・・・5,500円 ・20歳25歳30歳・・・2,500円 ・一般健診(胃がん検診なし)・・・2,730円
  - ・バリウムを胃カメラ検査へ変更・・・一般健診に3,300円追加(病理組織検査は保険適応のため会社への請求不可:3割負担で約4,000円)
  - ・子宮頸がん検診・・・990円 ・乳がん検診(50歳以上)・・・980円 ・乳がん検診(40歳以上50歳未満)・・・1,700円
  - ・骨粗鬆症検診・・・1,390円 ・喀痰細胞診・・・590円

当院使用欄 (確定・連絡) (オーダー) (グッズ) (婦人科)

〒731-5115 広島市佐伯区八幡東3-11-29  
生協さえき病院 (3410221703)  
TEL (082) 926-4511 FAX (082) 926-4522

上記枠内に記入の上、No.1のFAX送付書兼申し込み用紙と一緒に送信下さい。  
不備がある場合は契約の作成ができず予約がとれないためご注意ください。  
結果返し・請求書の送付は受診日から1か月程度かかる場合もあります。  
FAX到着後、当院よりご連絡をさせていただきます。  
※FAX送信後、1週間経っても連絡がない場合は恐れ入りますがお知らせください。