

**重要**

胃カメラご希望の場合、  
変更差額として¥3,300 (税込)

健康診断申込者名簿

2026年度 協会けんぽ事業所用

保険者番号   
 保険証記号

受診資格確認のため、必ず保険者番号、  
記号、番号のご記入をお願いします。

事業所名  担当者名   
 TEL番号  FAX番号

太枠の中をご記入ください

胃カメラ検査で病理組織検査を実施した場合保険診療となります

ID	No	希望日		保険証 番号	(フリガナ)氏名	生年月日	健診コース ※1		胃の検診		オプション ※2		備考欄
		第1希望	第2希望				<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
組 -	1	/	/		( )	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
		( )	( )				<input type="checkbox"/> 節目健診	<input type="checkbox"/> 若年健診	経口 経鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 骨密度		
組 -	2	/	/		( )	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
		( )	( )				<input type="checkbox"/> 法定健診	<input type="checkbox"/> 深夜業務検診	<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 骨密度		
組 -	3	/	/		( )	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
		( )	( )				<input type="checkbox"/> 法定健診	<input type="checkbox"/> 深夜業務検診	<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 骨密度		
組 -	4	/	/		( )	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
		( )	( )				<input type="checkbox"/> 法定健診	<input type="checkbox"/> 深夜業務検診	<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 骨密度		
組 -	5	/	/		( )	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
		( )	( )				<input type="checkbox"/> 法定健診	<input type="checkbox"/> 深夜業務検診	<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 骨密度		
組 -	6	/	/		( )	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
		( )	( )				<input type="checkbox"/> 法定健診	<input type="checkbox"/> 深夜業務検診	<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 骨密度		
組 -	7	/	/		( )	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 乳エコー		
		( )	( )				<input type="checkbox"/> 法定健診	<input type="checkbox"/> 深夜業務検診	<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 骨密度		

※1対象年齢  
 若年健診 20.25.30歳  
 節目健診 40.45.50.55.60.65.70歳

※2協会補助対象 (人間ドックを受けられる方は対象年齢であっても補助はありません)  
 子宮がん検診：20～74歳偶数年齢 ※子宮がん検診は他機関での実施となっております。  
 乳がん検診(マンモ)：40歳～74歳偶数年齢※乳がん検診・骨粗鬆症健診は一般・節目健診時に限ります。  
 骨粗鬆症検診：40歳以上 偶数年齢 女性

必ず協会けんぽの書類をご参照の上お申し込みください

健診センター記入欄  
 電子カルテ  請求情報入力  TEL済( / )  
 ご案内送付( /  チェック済( )

**申込書・受診者名簿は 当院 FAX 082-292-3225 メール kenshin@hch.coop まで**