

協会けんぽ・補助対象外健診新規申込書

FAX:046-821-1388

【協会けんぽ:被保険者 年齢:35歳~75歳(誕生日前日まで)】

| | | | |
|-----------------------------|------------------|-----------------------------|-----|
| (住所1) 本社 | | (住所2) 左記と連絡先が別の場合(支店や営業所など) | |
| 事業所所在地 〒 238-8558 | 所在地 〒 - | | |
| 横須賀市米が浜通り1-16 | | | |
| 事業所名称 (ふりがな) よこすかきょうさいびょういん | | 名称 (ふりがな) | |
| 横須賀共済病院 | | | |
| 担当者名 | 総務課 共済 太郎 | 担当者名 | |
| 電話番号 | 046 (822) 2710 | 電話番号 | () |
| FAX番号 | 046 (821) 1388 | FAX番号 | () |

◆該当箇所に○、又は記入をお願いします

| | | | | | | | |
|-----------|--|-----|---|---------|------|------|--------|
| 問診票の郵送先 | <input checked="" type="radio"/> 自宅 | 住所1 | 住所2 | 1日の受診人数 | 希望なし | 1日1名 | 1日(1)名 |
| 支払方法 | 全て窓口支払い | | 全て会社請求(請求書の送付先 <input checked="" type="radio"/> 住所1 住所2) 一部窓口負担の検査() | | | | |
| 結果報告書の送付先 | 個人情報保護法により、ご自宅(1部)のみの郵送となっております。 単身赴任など長期不在の方は指定の会社宛に郵送させていただきますが、同意書が必要になります。 会社と自宅の両方へ希望される場合は、1部につき200円となり、同意書が必要になります。 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------|----|------------------|----|-----|
| 保険証情報 | 保険者番号 | 数字8ケタ | 記号 | 数字8ケタ | 番号 | △△△ |
| 氏名 | 性別 | 生年月日 | | 電話番号 | | |
| (ふりがな) よこすか はなこ 横須賀 花子 | 男・女 <input checked="" type="radio"/> | 昭和 平成 ●●年 △月 ×日 | | ●●● (×××) 1234 | | |
| 住所 | 〒230 -0000 横須賀市~~~~町●-●● ××マンション123 | | | | | |

◆希望する検査に○をつけてください(対象の検査は健診対象者年齢早見表を確認してください)

| | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------|------|----------------------|---------|
| 協会けんぽ 生活習慣病予防健診 | <input checked="" type="radio"/> 一般健診 | 子宮頸がん検診 (単独) | 付加健診 | 乳がん検診 (マンモグラフィのみ) | 子宮頸がん検診 |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------|------|----------------------|---------|

◆胃部レントゲン検査を希望されない方(下記より理由を選び、番号に○をつけてください)

協会けんぽより指導があり、次のような場合を除いて検査を省くことは出来ません。

| | | |
|------------------------|-------------------|---------|
| 1.受診前に他の健診等で胃部検査を行っている | 2.アレルギー、妊娠等の医学的理由 | 3.胃部治療中 |
|------------------------|-------------------|---------|

当日の体調が悪い場合は、受診時の内科診察で医師に相談をしてください

◆自己負担のオプション(希望する検査に○をつけてください)

| | | | |
|--|---------|----------------|---------------------|
| 胃部レントゲン検査から内視鏡検査へ変更 | | 乳房診察 | 3,700円 |
| 胃カメラ | 経口(通常径) | 乳がん検診 | 乳房診察+マンモグラフィ |
| | 経口(細径) | | 乳房診察+乳腺超音波 |
| <input checked="" type="radio"/> 経鼻 | 8,000円 | 子宮頸がん検診 | 婦人科診察+経腔エコー+子宮頸部細胞診 |
| | | | HPV(細胞診と一緒に受けてください) |
| 追加健診 | 18,000円 | 追加健診 + 甲状腺機能検査 | 22,500円 |
| 追加検査の項目と一緒に実施すると 人間ドックと同様なコースになります。 | オプション | 追加健診 + PSA検査 | 21,200円 |
| | | 追加健診 + 骨密度検査 | 22,000円 |
| | | 追加健診 + 動脈硬化検査 | 30,000円 |

◆対象外の方(35歳未満の方・扶養や配偶者の方)希望する検査内容に○をつけてください

| | | | |
|---------------------|---------|---------------|---------|
| 企業健診(一般健診とほぼ同じ内容です) | 29,000円 | 定期健診(労安法健診項目) | 15,000円 |
| 企業健診(胃部レントゲンを省く) | 17,000円 | | |

◆健診希望日(健診日は月曜日~金曜日の平日、午前中のみとなっております)

| | | | | | |
|-------|------------|-------|------------|-------|--|
| 第1希望日 | 2021年5月28日 | 第2希望日 | 2021年6月15日 | 第3希望日 | |
|-------|------------|-------|------------|-------|--|