

【申込書記入方法】 確認書① 事業所で1枚提出

〈日赤熊本健康管理センター専用〉

2024年度 協会けんぽ健診・日赤健診 確認書

1

太枠内は全てご記入お願いいたします

フリガナ 事業所名	ニッセキケンカン (株)日赤健管	健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 記号 21700023 氏名 協会 太郎 生年月日 平成 元年 5月 10 性別 男 資格取得年月日 令和 2年 4月 1 事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 保険者番号 9999999999 保険者所在地 〇〇市〇〇町9-99-99	ここに受診される 保険証のコピーを貼
住所	〒861-8528 熊本市東区長嶺南〇丁目△一〇		
フリガナ 担当者名	ニッセキ ハナコ 日赤 花子		
申込人数	(5)名		
支払方法	事業所毎の支払い方法を設定いたします。(みなさま同じ支払方法になります) ※初回申込み後や追加申込み時の変更、個人毎の支払い設定や領収書の切り分けはできませんのでご了承ください。		
下記支払方法の番号いずれかを○で囲んでください			
1.	全て当日窓口払い 【クレジットカード払い可能】(領収書名は「事業所名+個人名」)		49
2.	全て 例:一般健診 5,282 円と日赤生活習慣病健診 10,065 円を事業所請求、 オプション料金は受診者本人が当日窓口で支払う場合		41
3.	上記に当てはまらない場合 事業所請求とする項目〔 〕に○を付けてください 〔○〕 一般健診 5,282円 / 日赤生活習慣病健診 10,065円 〔 〕 付加健診 7,971円 〔 〕 ドックコース 〔 〕 協会けんぽ乳がん検診・協会けんぽ子宮頸がん検診 〔 〕 その他 事業所に請求する項目 (例:胃カメラ、協会けんぽ詳細健診等)	左記項目以外 当日窓口支払い ※申込み後に追加した オプション等含む	42 45 43
事業所用結果が不要の場合のみ○をつけてください		希望月がある場合は希望月に○をつけてください	
事業所用結果 労働安全衛生法に基づく結果のみ 不要の場合のみ下記に○をつけてください *個人結果票は別途お送りいたします。	受診希望月 2024年 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2025年 1 2 3 その他、日程の希望があればご記入ください(例:1日〇名ずつ、土曜不可など)		
() 不要	()		

協会けんぽ補助を使用する際に保険証情報が必要ですが記号と保険者番号は同一事業所保険証であればみなさま同じ番号です

例:一般健診 5,282 円と日赤生活習慣病健診 10,065 円を事業所請求、オプション料金は受診者本人が当日窓口で支払う場合

事業所用結果が不要の場合のみ○をつけてください

希望月がある場合は希望月に○をつけてください

よくあるご質問

- Q** 一般健診と付加健診の胃バリウム検査を胃カメラへ変更できますか
- A** できません
一般健診と付加健診の胃の検査はバリウム検査のみです
胃カメラご希望の場合は人間ドックコースへ変更していただく必要がございます
- Q** 協会けんぽ補助対象外の35歳未満の従業員はどの健診を受診したらいいですか
- A** [日赤生活習慣病健診]をご受診ください(『協会けんぽ健康診断のご案内』受診コース参照)
健診コースに胃の検査は含まれておりませんが、オプション(別途料金)で胃バリウム検査を追加できます



