

2023年度 全国健康保険生活習慣病予防健診(協会けんぽ)予約書



事業推進課 電話:(096)387-6683
FAX:(096)387-6654

お問合せ受付時間 9:00~16:00
*土日・祝日・年末年始を除く

〒861-8528 熊本市東区長嶺南2丁目1番1号

任意継続

- 【お申込み方法】 1.健康保険証のコピーを貼ってください
2.①受診コース、②オプション検査、③受診希望月をご記入ください
3.記入されましたら郵便にて返送をお願いいたします。

【送付物】 受診日が決まりましたら、ご自宅に日程通知をお送りします
問診票・検査結果票等もすべてご自宅にお送りします

【支払方法】 当日個人支払い(領収書名は「事業所名+個人名」となります)

◆以下太枠内の記入をお願いいたします

フリガナ		男・女
受診者名		
生年月日	昭和 平成	年 月 日
今年度の年齢		歳
自宅住所	〒 -	
自宅電話番号		
個人携帯番号		

※こちらに保険証のコピーを貼ってください!

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00939
		令和2年4月10日交付
記号	50000013	番号 1000001 (枝番) 00
氏名	任継 太郎	
生年月日	平成元年5月10日	
性別	男	
資格取得年月日	令和2年 月 日	
	任意継続被保険者	
	資格喪失予定年月日	令和4年4月1日
保険者番号	9999 9999	
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部	
保険者所在地	○○市○○町9-99-99	

①受診コース □に✓を1つだけ入れてください		②オプション検査 □に✓を入れてください	
健康診断	35歳以上 □ 一般健診(胃バリウム) ※午前実施	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 肝炎ウイルス検査 ◆ <small>ひとり1回のみ受診可能です 以前受診された方はご選択できません</small>	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺) <input type="checkbox"/> 骨密度
	40歳 50歳 限定 □ 付加健診(胃バリウム) ※午前実施 <small>(一般健診+付加健診)</small>	<input type="checkbox"/> ハリコバクター・ピロリ + ペプシノゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 体組成測定 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム)	<input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125(女性)
人間ドック	1日ドック □ 標準コース(胃バリウム) □ 標準コース(胃カメラ*別途料金有) □ 消化器コース*胃がけ □ レディースコース*胃がけ	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> あたまたの健康(認知機能)チェック <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頸動脈超音波、あたまたの健康(認知機能)チェック)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ※乳がん検診 <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房超音波
	2日ドック □ 総合コース(口宿泊・口通所) □ 総合+胸部CTコース(口宿泊・口通所)	<input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 膀胱超音波(消化器以外) 人間ドック その他オプション	
③受診希望月 ○を付けてください	4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 いつでも可 (その他) ※ご希望に添えない場合もございます		

【センター使用欄】 ★以下は記入されないようお願いいたします★

契約団体	所属団体	確認者
49999	26807	

	ドック	健診
登録者		
日程通知		