

人間ドック健診予約申込書(健診機関用) 協会けんぽ補助対象者用(35歳以上被保険者)

協会けんぽへの提出は不要です

(事業所所在地) 〒 _____

(事業所名称) _____

(事業主氏名) _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

《留意事項》

- ・保険証情報は、協会けんぽへの資格確認に必要となりますので、**必ずご記入をお願いします。**
- ・対象者は35歳～74歳の被保険者です。
- ・人間ドックは乳がん・子宮がん・骨粗しょう症の補助は対象外となります。

【支払い方法】協会健保補助差額料金の取り扱い方法について以下○してください。※受診者毎の個別の対応はできません。

■基本料金： 会社請求 ・ 窓口支払 ■オプション検査： 会社請求 ・ 窓口支払

①保険者番号			②健康保険証の記号		住所/電話番号	希望 コース	健診希望日	備考	決定日 <small>※人間ドックで記載</small>
③保険証 番号	フリガナ		性別	生年月日					
	氏	名							
1			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
2			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
3			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
4			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
5			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
6			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
7			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
8			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
9			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		
10			男・女	昭・平 年 月 日	〒 住所 電話番号	人間ドック	令和 年 月 日		

※令和8年度より、新年度の案内・名簿の郵送を取りやめさせていただきます。新年度のお申し込みは、毎年3月の第1営業日からとさせていただきます。こちらの申込名簿は佐久総合病院ホームページの人間ドック科のページからダウンロードをお願いします。