

健康診断申込書

〔団体コード 〕宝塚商工会議所

受診希望日及び受診者内訳(人数)をご記入ください。

フリガナ		
事業所名		
〒		
住所		
電話		
FAX		
担当	所属	氏名
健康保険の種類	全国健康保険協会 管掌健康保険	記号
	健康保険組合	

希望日	A 協管	B 生活習慣病 予防健診	C 定期
(1) 6/20(火)			
6/21(水)			
(2) 9/ 6(水)			
9/ 7(木)			

※健診コースにつきましては同封の「健診コースについて」をご参照ください。

※時間指定のご要望がある場合は、備考欄にご記入ください。同時間にお申し込みが多数ありました場合は、先着順とさせていただきます。ご了承ください。

追加項目(税込)		追加項目受診者名	
血液追加検査	前立腺がん検査(PSA)	¥1,447	人
	卵巣がん検査(CA125)	¥1,641	人
	肝炎検査(B型・C型肝炎)	¥2,181	人
	心臓機能マーカー検査(BNP)	¥1,512	人
	ヘモグロビンA1c	¥529	人
	ヘリコバクターピロリ菌	¥864	人
眼底検査(9/6・7のみ実施)	¥1,209	人	
胃がん検査	¥3,456	人	
大腸がん検査	¥1,317	人	

※血液追加検査の料金は、A・B・Cいずれかのコースで採血をされた方に対して適用されます。

※眼底検査は9月のみの実施となります。

※胃がん検査・大腸がん検査はA・Bコースの検査項目に含まれています。

備考欄

※協会けんぽ(全国健康保険協会)に申請はお済ですか?(はい ・ いいえ)

協会けんぽ申請書送付先：〒651-8512 神戸市中央区御幸通6-1-12 全国健康保険協会 兵庫支部

公益財団法人 兵庫県健康財団

TEL078-793-9333

今回の健康診断申込につきましては、同封されています「健康診断受診にあたっての同意確認」を事業所、受診者ともに、了承の上で申し込まれていることとさせていただきます。

お申込期限：平成29年4月28日(金)必着

ご確認済みのマスター一覧表と共に「関係書類送付先」ご返送ください。