

2026年度生活習慣病予防健診申込書

- ①太枠内の該当項目を全てご記入ください。
 ②ご本人様都合による当日キャンセルは来院の有無に関わらず全額お支払いいただきます。

○下記の事業所名、郵送物の送付先に☑を入れ、連絡先をご記入ください。

④事業所名称 ※必ずご記入下さい			
お支払い方法		<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 請求書にてお振込み(手数料は御社ご負担)	
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 _____	
	電話番号: _____		
	<input type="checkbox"/> 事業所	〒 _____ 〇担当者名: _____	
	電話番号: _____		
		FAX番号: _____	

①健康保険被保険者証の 保険者番号	②健康保険被保険者証の 記号

※任意継続の方は、資格喪失年月日を下記備考欄にご記入ください。

③番号	フリガナ 名前	性別	郵便番号		希望するいずれかを○で囲んでください					健診日時	備考	
			生年月日	〒	一般健診	節目健診	子宮単独	乳がん	子宮がん			
		男女	S H	〒								

オプションをご希望の方は下記チェック欄にご記入ください。

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	0001
		令和〇年×月×日交付
	②記号 12345678	③番号 1:
氏名	ケンコウ ハナコ	
生年月日	健康 花子	
性別	昭和〇年 ×月 〇日	
資格取得年月日	女	
事業所名称	令和〇年×月×日	
保険者番号	④ 株式会社 △△△	
被検者名称	① 01280015	
保険者所在地	全国健康保険協会 兵庫支部	
	神戸市中央区御幸通り6-1-12	

オプション項目	料金(税込)	チェック欄
子宮頸がん	4,136	
子宮体がん(婦人科健診と同時受診の場合3,740円)	7,766	
乳がん(マンモグラフィ)	6,182	
乳がん(エコー)	3,850	
HbA1c	539	
便潜血(2回法)	1,276	
ABC検査(ペプシノーゲン+ピロリ)	2,200	
腹部エコー	5,830	
HBs抗原	968	
HBs抗体	968	
HCV抗体	1,122	※1回の受診毎に項目数 に関わらず 右記料金+1,584円
PSA	1,331	
CA125	1,496	
CEA	1,089	
CA19-9	1,331	
AFP	1,078	