

令和8年度 全国健康保険協会 人間ドック健診

申込み用紙【人間ドック健診】

※35歳以上(35歳～74歳)協会けんぽ本人(被保険者)用 年齢起算日2027年4月1日

事業所名 _____ (TEL) _____ (FAX) _____

保険者番号(01から始まる支部番号)【 _____ 】 被保険者証記号【 _____ 】 ご担当者様 _____

- ※生活習慣病予防健診をご希望の場合、申込み用紙【生活習慣病予防健診】をご利用ください
- ※全国健康保険協会(協会けんぽ)の胃検査は、40歳以上の方は必須項目です。必ずご受診ください。
自己都合によるキャンセル(身体的理由など以外)は健診の補助対象外となります。
- ※オプション項目は補助対象外です。生活習慣病予防健診の補助とは異なりますので、ご注意ください。
- ※その他追加検査のご希望がございましたら、お電話にてご連絡ください。

医療法人社団清和会 笹生病院 健診センター
 電話(0798)34-0807
 (平日)8:30～16:30 (土曜)8:30～11:30
 FAX (0798)34-0854

受診ご希望日		フリガナ お名前	性別	生年月日		健診コース	胃検査	オプション項目
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診・内診 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーPSA(前立腺) <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
〒 _____ ご住所(自宅)						_____ ご連絡先		_____ 被保険者証番号
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診・内診 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーPSA(前立腺) <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
〒 _____ ご住所(自宅)						_____ ご連絡先		_____ 被保険者証番号

右記いずれかの方法でご返信ください

FAX送信先 (笹生病院健診センター) ⇒ 0798-34-0854

メール送信先 (笹生病院健診センター) ⇒ hcc@saso.or.jp



記入欄が足りない場合は、大変お手数ですが、コピーしてご利用ください。

受診ご希望日		フリガナ お名前	性別	生年月日		健診コース	胃検査	オプション項目
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診・内診 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーPSA(前立腺) <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診・内診 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーPSA(前立腺) <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診・内診 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーPSA(前立腺) <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査 <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診・内診 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーPSA(前立腺) <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								

右記いずれかの方法でご返信ください

FAX送信先 ⇒ 0798-34-0854
(笹生病院健診センター)

メール送信先 ⇒ hcc@saso.or.jp
(笹生病院健診センター)

