

# 広島共立病院 事業所健診申込票 ①

生活習慣病健診申込書②と一緒にFAXしてください

ふりがな		企業コード	
事業所名		ご担当者様	
ご担当者様連絡先	TEL :	FAX :	

※日程はご担当者様にFAXにてお送りします

送信枚数{本状を含めて) \_\_\_\_\_ 枚

(A) 住所	〒		
電話番号		FAX	

(A)住所と異なる住所へ郵送を希望する書類がある場合、ご記入ください。

「下記書類は(B)住所への郵送を希望します。」(Oをつけてください)

①予約確認書      ②問診票      ③結果控え

(B) 住所	〒 (事業所・自宅)		
電話番号		FAX	
支払い方法 (Oをつけて下さい)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口で受診者様がお支払い</li> <li>・後日請求 [ 請求先 → (A) 事業所住所 (B) 事業所住所 ]</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>		
健診結果の会社控え	<p><b>希望する (健診結果の委任状必要) ・ 希望しない</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診結果はご本人へ郵送いたします。</li> <li>・結果控えを会社にご希望の場合、別紙・委任状のご提出が必要になります。(FAX不可)</li> </ul>		
ご希望など			

**★次の2点をファックスでお送りください★**

Fax 082-879-6891

- ・広島共立病院事業所健診申込票①
- ・生活習慣病健診申込書②

# 広島共立病院 生活習慣病健診申込書②

事業所所在地 〒

事業所健診申込票①と一緒にFAXください

↓○を付けてください↓

新規申し込み ・ 変更 ・ キャンセル

事業所名称

電話番号：  
FAX番号：

病院記載欄	スキャナー		企業コード	
	/			
	読み合わせ		FAX送信日	FAX受信日
	/			
	確認書印刷			
/		番号		

健康保険被保険者証の 保険者番号	広島共立病院健診センターへの申込人数		総人数				ご希望日	ご希望など	前年度受診日	決定日	カルテ番号
健康保険被保険者証の 記号											
健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度末年齢)	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください							
**共通_保険番号				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		
				一般 健診	付加 健診	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日		

記載がない方は  
ご記入ください

お名前が変わ  
られた場合は  
旧姓もご記入  
ください

協会けんぽ一般健診の対象は35歳以上です。  
34歳以下の方はコース名もご記入ください。  
・付加→年度末年齢が40歳・50歳の方  
・乳(40歳以上)→年度末年齢が偶数の方  
・子宮(20歳以上)→年度末年齢が偶数の方  
※付加・乳・子→協会対象外の方は自費です。

・希望オプション  
→胃カメラ・乳エコーなど  
※希望月・曜日など記入してください

↑ 病院記載欄

問診郵送	
/	

③

**記入例**

健康保険被保険者証の 保険者番号	広島共立病院健診センターへの申込人数		総人数					
健康保険被保険者証の 記号	健康保険証の番号							
健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度末年齢)	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください	一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください	ご希望日	ご希望など	前年度受診日
12	キョウリツ タロウ 共立 太郎			○一般健診	付加健診 乳がん検診 (MMGのみ) 子宮頸がん検診	月 日	水曜日希望	
15	ヒロシマ ハナコ 広島 花子			一般健診	付加健診 乳がん検診 (MMGのみ) 子宮頸がん検診	月 日	9月希望	
113	ナカス キク 中須 きく			○一般健診	付加健診 乳がん検診 (MMGのみ) 子宮頸がん検診	月 日	水曜日以外	
123	アサゴロウ 安佐 吾郎			○一般健診	○付加健診 乳がん検診 (MMGのみ) 子宮頸がん検診	月 日	胃カメラ	

希望月、希望日などあればご記入下さい。

広島共立病院以外で受診される方が見えないようになっています。個人情報保護のためその方の行が見えないようになっています。ご記入下さい。

**お願い**  
毎年多くの事業所様よりお申し込みがあり、ご希望の日程でおとりできないことがあります。この場合、誠に勝手ながらひとまず当方で日程を決めさせていただきたいと思っております。胃カメラのご希望は多く、例年予約がとりにくい状況になっています。

- ☆胃の検査→通常はバリウム検査です。
- ☆希望のオプションがあればご記入ください。(胃カメラ等)
- ☆乳エコーなどご希望の方もご記入ください。  
→曜日・枠数に限りがあります。

**オプション料金**

・胃カメラ変更料	一律	2,200円
・マンモグラフィ	組合員	4,400円
	非組合員	6,600円
・乳エコー	組合員	3,850円
	非組合員	5,500円
・視触診	一律	2,200円
・子宮がん検診	組合員	4,400円
	非組合員	6,600円

健診のご予約ありがとうございます。

事務所様にて、健診結果の控えをご希望の場合、委任状が必要になります。

下記の健診結果の委任状に希望者の方のお名前を記入頂き、広島共立病院・健診センターまで

**原本をご郵送または健診当日ご持参ください。**

FAXは不可です。健診結果が全て整い次第、ご郵送いたします。

## 健診結果の委任状

2022年度

お名前	生年月日	印鑑またはサイン
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	
	S・H 年 月 日	

年 月 日

企業コード

〈郵送先を左記住所以外でご希望の場合はご記入ください〉

〈事業所主〉

住所 〒

住所 〒

事業所名

事業所名

電話番号

電話番号