

2020年度 協会けんぽ加入事業所_様_専用_健康診断申込書 記入

2. 会社情報の記入

1. 保険証情報の記入

保険証に記載されている番号をご記入ください

JCHO相模野病院 健康管理センター 被保険者(ご本人)
協会けんぽ加入事業所_様_専用_健康診断申込書
年 月 日

(事業所所在地) 〒252-0206 神奈川県相模原市中央区淵野辺1-2-30
(電話番号) 042-751-1265
(事業所名称) 株式会社 相模野事業所 (FAX番号) 042-751-1268
(担当者名) 相模野 五郎

○ 年度内お一人様1回に限り、費用の一部が補助されます。

健康保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度年齢)	希望する健診の種類 いずれかに○をして下さい					健診と併せて受診する 場合は○をして下さい				健診予約/年月日	備考
				補助あり 一般健診 35~74歳	あり 付加健診 40~50歳	なし 一般健診 34歳以下 未加入	なし 定期健診 34歳以下 未加入	なし 人間ドック 34歳以下 未加入	なし (差額自費) 付加健診 40~50歳除く	なし (差額自費) 人間ドック	あり 乳がん検診 40歳以上 (偶数年齢)	あり 子宮がん検診 20歳以上 (偶数年齢)		
9990	サガミノ タロウ 相模野 太郎	男	S55.5.10 40歳	○	○								20.4.10 20.5.11 20.5.12	23.PSA
9991	サガミノ ジロウ 相模野 次郎	男	S50.12.12 45歳	○						○			20.6.10 20.6.17 20.6.24	胃カメラ(口)
9992	サガミノ サブロウ 相模野 三郎	男	S44.4.1 52歳	○						○			20.7.6 20.7.7 20.7.8	胃バリウム
9993	サガミノ ユキコ 相模野 雪子	女	S55.9.10 40歳		○						○	○	20.8.6 20.8.13 20.8.20	18.血中ピロリ菌 40.便中ピロリ菌
9994	サガミノ ハナコ 相模野 花子	女	S61.4.2 34歳					○					20.9.4 20.9.11 20.9.18	
9995	サガミノ サクラコ 相模野 桜子	女	S61.4.1 35歳	○									20.10.1 20.10.2 20.10.5	33.マモグラフィ 34.乳房超音波 35.子宮頸部細胞診
未加入	サガミノ コメコ 相模野 夢子	女	S54.5.10 41歳			○							20.4.10 20.5.11 20.5.12	⑦腸内フローラ
未加入	サガミノ ゴロウ 相模野 五郎	男	S54.5.10 41歳					○					20.4.10 20.5.11 20.5.12	胃なし(キャンセル)

3. 個人情報の記入

保険証番号順に対象者をご記入ください

年度年齢とは
2020/4/2
~ 2021/4/1
の期間で達する
年齢となります

※「健診を受ける日」は、あらかじめ日程調整してから記入していただく補です。

<記入上の注意>

- 「補助あり」項目を選択できる方は、協会けんぽ保険加入で「一般健診」…年度35歳~受診日74歳、「付加健診」…年度40~50歳、「乳がん検診」…年度40歳以上の偶数年齢、「子宮がん検診」…20歳以上の偶数年齢となります。
 - 協会けんぽ保険未加入の方は、「補助なし」の項目の中から選択してください。未加入または対象年齢以外の方で「乳がん検診」「子宮がん検診」をご希望の方は、他のオプション検査と同様に「備考欄」へご記入ください。
- (注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。
- (注) この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

4. 主コースの選択

補助対象年齢にご注意いただき、希望する項目を選択してください。
※年齢は年度年齢となります。
※対象外年齢であった場合、検査費用は全額負担となります。

5. 副コースの選択

主コースと併せて、受診を希望する項目がある場合はご記入ください。
※年齢は年度年齢となります。
※乳がん・子宮がん検診の補助対象年齢で、検査をご希望の場合は、こちらにご記入ください。

6. 希望日の記入

※必ず第一希望日から第三希望日まで、希望する3日間をご記入ください。
※検査枠の都合で、第三希望日までご予約が出来なかった場合は、ご連絡にて調整させていただきます。

7. オプション検査等の記入

※基本検査以外でご希望の項目がありましたら、こちらにご記入ください。
※胃カメラご希望の場合は、必ず「胃カメラ(口)」「胃カメラ(鼻)」いずれかを記入ください。
※一般健診・付加健診・人間ドックご希望で胃部検査のご指定がない場合はバリウム検査となります。