

企 業 名		<		> 保険者番号 <		> 保険証記号 <		>		
住所・連絡先		< 〒		—		TEL:		>		
	ふ り が な	生年月日	現 住 所	健診の種類 (該当項目にレ点)	胃部検査 (希望項目にレ点)	追加検診(検査)*2 (別紙資料を参考に希望項目にレ点)				健診 希望日
	氏 名	性別	電話番号(連絡先)							
保険証 番号		昭和・平成		☐ 一般	☐ 胃カメラ	☐ 全身MRI(DWIBS)	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ビロリ菌検査	第1希望
		年 月 日		☐ 付加	☐ 胃部検査未実施	☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	/
		男 ・ 女		☐ 乳・子宮	未実施理由: ☐ 治療中 ☐ 妊娠中 ☐ ()	☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	()	第2希望
						☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐ ()	/
				☐ 実施できない理由: (検査名: ☐ 胸部X線 ☐ () 理由: ☐ 妊娠中 ☐ 治療中 ☐ ())						
保険証 番号		昭和・平成		☐ 一般	☐ 胃カメラ	☐ 全身MRI(DWIBS)	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ビロリ菌検査	第1希望
		年 月 日		☐ 付加	☐ 胃部検査未実施	☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	/
		男 ・ 女		☐ 乳・子宮	未実施理由: ☐ 治療中 ☐ 妊娠中 ☐ ()	☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	()	第2希望
						☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐ ()	/
				☐ 実施できない理由: (検査名: ☐ 胸部X線 ☐ () 理由: ☐ 妊娠中 ☐ 治療中 ☐ ())						
保険証 番号		昭和・平成		☐ 一般	☐ 胃カメラ	☐ 全身MRI(DWIBS)	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ビロリ菌検査	第1希望
		年 月 日		☐ 付加	☐ 胃部検査未実施	☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	/
		男 ・ 女		☐ 乳・子宮	未実施理由: ☐ 治療中 ☐ 妊娠中 ☐ ()	☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	()	第2希望
						☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐ ()	/
				☐ 実施できない理由: (検査名: ☐ 胸部X線 ☐ () 理由: ☐ 妊娠中 ☐ 治療中 ☐ ())						
保険証 番号		昭和・平成		☐ 一般	☐ 胃カメラ	☐ 全身MRI(DWIBS)	☐ 腹部CT	☐ 血圧脈波	☐ ビロリ菌検査	第1希望
		年 月 日		☐ 付加	☐ 胃部検査未実施	☐ 低線量肺がんCT	☐ 無痛MRI乳がん	☐ 骨密度測定	☐ 腫瘍マーカー	/
		男 ・ 女		☐ 乳・子宮	未実施理由: ☐ 治療中 ☐ 妊娠中 ☐ ()	☐ 脳MRI	☐ 腹部超音波	☐ 筋肉量検査	()	第2希望
						☐ 心臓CT	☐ 頸動脈超音波	☐ 眼底検査	☐ ()	/
				☐ 実施できない理由: (検査名: ☐ 胸部X線 ☐ () 理由: ☐ 妊娠中 ☐ 治療中 ☐ ())						
問 診 票 、 便 の 容 器 等 郵 送 先		☐ 上記企業先住所へ			☐ 各個人宅へ					
支 払 方 法		☐ 個人ごとに当日窓口払い			☐ 後日会社請求(振込みの場合は手数料は御社にてご負担願います)					
結 果 票 郵 送 先		☐ 上記企業先住所へ			☐ 各個人宅へ			☐ 会社用の控え希望		
		* 結果(原本)は、個人ごとに封をして発送となります。			(本人の同意を得てください。ただし、原本と同じものになります。)					
備 考 欄 (何かご希望があればこちらにご記入下さい)										

*1 健診の種類は、協会けんぽのホームページ等資料を参考にチェックしてください。なお、セット健診のため原則すべて実施していただきますが、医師の判断で実施不可になる場合もあります。

*2 追加検診(検査)は、個人申込となりますので協会健保の健診料金には含みません。