

企 業 名	< >	保 険 者 番 号	< >
住所・連絡先	< 〒 - >	TEL:	< >
ふ り が な 氏 名	生年月日 性別	現 住 所 電話番号(連絡先)	健診の種類*1 (該当項目にレ点)
保 険 証 番 号	昭和・平成 年 月 日 男・女	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
保 険 証 番 号	昭和・平成 年 月 日 男・女	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 全身MRI (DWIBS) <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 各種腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 節目 <input type="checkbox"/> 胃部検査未実施 <input type="checkbox"/> 低線量肺がんCT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 眼底検査 () <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 *3 <input type="checkbox"/> 未実施理由(必須) <input type="checkbox"/> 脳MRI <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 () (1日 本× 年)喫煙 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無痛MRI乳がん <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> 筋肉量検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 実施できない理由: (検査名: <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> () 理由: <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> ()	第1希望 / 第2希望 / 第2希望 / 第2希望 /
保 険 証 番 号	昭和・平成 年 月 日 男・女	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 全身MRI (DWIBS) <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 各種腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 節目 <input type="checkbox"/> 胃部検査未実施 <input type="checkbox"/> 低線量肺がんCT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 眼底検査 () <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 *3 <input type="checkbox"/> 未実施理由(必須) <input type="checkbox"/> 脳MRI <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 () (1日 本× 年)喫煙 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無痛MRI乳がん <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> 筋肉量検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 実施できない理由: (検査名: <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> () 理由: <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> ()	第1希望 / 第2希望 / 第2希望 /
保 険 証 番 号	昭和・平成 年 月 日 男・女	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 全身MRI (DWIBS) <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 各種腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 節目 <input type="checkbox"/> 胃部検査未実施 <input type="checkbox"/> 低線量肺がんCT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 眼底検査 () <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 *3 <input type="checkbox"/> 未実施理由(必須) <input type="checkbox"/> 脳MRI <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 () (1日 本× 年)喫煙 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無痛MRI乳がん <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> 筋肉量検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 実施できない理由: (検査名: <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> () 理由: <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> ()	第1希望 / 第2希望 / 第2希望 /
保 険 証 番 号	昭和・平成 年 月 日 男・女	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 全身MRI (DWIBS) <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 各種腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 節目 <input type="checkbox"/> 胃部検査未実施 <input type="checkbox"/> 低線量肺がんCT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 眼底検査 () <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 *3 <input type="checkbox"/> 未実施理由(必須) <input type="checkbox"/> 脳MRI <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 () (1日 本× 年)喫煙 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無痛MRI乳がん <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> 筋肉量検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 実施できない理由: (検査名: <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> () 理由: <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> ()	第1希望 / 第2希望 / 第2希望 /
問 診 票、容 器 等 郵 送 先	<input type="checkbox"/> 上記企業先住所へ <input type="checkbox"/> 各個人宅へ		
支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 個人ごとに当日窓口払い <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 上記企業先住所へ <input type="checkbox"/> 各個人宅へ		<input type="checkbox"/> 会社用の控え希望 (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 (希望等があればこちらにご記入下さい)	* 結果(原本)は、個人ごとに封をして発送となります。		

*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。**

(※妊娠中や治療中の場合など実施できない項目がある場合は、理由と併せて検査項目をご記入ください)

*2 追加検診(検査)は、個人申込扱い(自由診療)となりますので生活習慣病予防健診料金には含みません。

*3 「喀痰細胞診」(専用容器に3日間ご自身で蓄痰後提出)を希望される方は、**50歳以上で喫煙指数(1日の本数×年数)が600以上**(協会けんぽより)となっております。(希望者のみ)