

①～⑤まで記入の上、送信ねがいます。  
(健診費用は当日窓口での支払いです)

前橋協立病院 健診室 行  
FAX送付先 027-265-5564

【2023年度より窓口一部負担金がお安くなりました】

## 協会けんぽ・生活習慣病予防健診・申込書

～受診時に協会けんぽの被保険者(ご本人)であることが必要です～

申込日: 年 月 日

### ①事業所

フリガナ				担当者氏名
事業所名				
住所	〒	-		
TEL		FAX		

### ②受診者 \*被保険者証をご用意の上、もれなくご記入ください。

保険者番号	保険者名称	保険証記号	保険証番号
フリガナ		性別	被保険者に対する続柄
受診者氏名		男・女	本人・家族
生年月日	昭和 年 月 日生 平成	日中連絡先 TEL	- -
自宅	〒	TEL	- -
健診キット送付先 (自宅以外の場合)	〒		

### ③受診希望 \*ご希望の健診・検査名称の空欄に「○印」をご記入ください。 【希望項目】

健診コース	生活習慣病予防健診(一般) ※胃バリウム検査を含む	※胃検査を前橋市の健診に変更する方は④前橋市がん検診に○印をお願いします。	5282 円	
協会けんぽ オプション検査	付加健診	40歳と50歳の方のみ	2689 円	
	マンモグラフィー(乳房X線 50歳以上)	偶数年齢のみ	1013 円	
	マンモグラフィー(乳房X線 40歳以上)	偶数年齢のみ	1574 円	
右記金額が加算されます	子宮頸がん	偶数年齢のみ	970 円	
	肝炎ウイルス(一般健診と同時)	過去に受診された方は受診が出来ません	582 円	

### ④前橋市がん検診 \*併用の希望がある場合は「○」印で囲んでください。

大腸	胃バリウム	胃カメラ	前立腺	乳	子宮	骨粗しょう症	肝炎ウイルス
----	-------	------	-----	---	----	--------	--------

注意:乳がん及び子宮がん検診を希望される場合は、月・火・水・木曜日をおすすめしています。

### ⑤第3希望までご記入ください

希望日	第1希望	第2希望	第3希望
	/	/	/

### 当院記入欄

確定日	月 日 ( )
-----	---------

### 当院使用欄

予約日登録	担当	キット発送日	担当	備考

お問い合わせ 健診室 027-265-3511(代) 電話受付 月曜～金曜日(土日祝日除く)13:30～16:30