

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

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 本人・家族
受診者氏名		男・女	
生年月日	西暦 年 月 日生	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	生活習慣病健診(一般)	※大腸・胃検査を前橋市の健診に変更する方へ ④前橋市がん検診に○印をお願いします。	7,169円	
オプション検査	付加健診	40歳と50歳の方のみ	4,802円	
	マンモグラフィー(乳房X線 50歳以上)	偶数年齢のみ	1,086円	
	マンモグラフィー(乳房X線 40歳以上)	偶数年齢のみ	1,686円	
	子宮頸がん	偶数年齢のみ	1,039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	624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:乳がん検診を希望される場合は「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

当院記入欄

希望日	第1希望	第2希望	第3希望
	/	/	/

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