

お申込日 年 月 日

2024年度協会けんぽ健康診断申込書

1. 申込書（本用紙）2. 受診者リスト（添付書類/協会けんぽ健診対象者一覧）をFaxでお申込みください。

事業所名	フリガナ		
事業所所在地	〒（ — ）		
電話番号		Fax番号	
担当部署		担当者様名	

◎報告書控え発行について、希望項目に○を付けてください。

控え要	<input type="checkbox"/>	※ご本人様用と書式が異なります
控え不要	<input type="checkbox"/>	

◎請求書発行について 以下の欄に○をご記入ください。

請求内容	<input type="checkbox"/>	生活習慣病予防健診 35～74歳コース+34歳以下/75歳以上コース
	<input type="checkbox"/>	生活習慣病予防健診 35～74歳コース+34歳以下/75歳以上コース+付加健診
	<input type="checkbox"/>	生活習慣病予防健診 35～74歳コース+34歳以下/75歳以上コース+付加健診+乳がん+子宮頸がん
	<input type="checkbox"/>	生活習慣病予防健診 35～74歳コース+34歳以下/75歳以上コース+付加健診+乳がん+子宮頸がん+肝炎ウイルス検査

請求発行の項目（協会けんぽ補助利用時の負担額 ※税込み）

生活習慣病予防健診一般健診	5,282円	付加健診	2,689円	子宮頸がん検診	970円
乳がん検診（40歳～48歳）	1,574円	乳がん検診（50歳以上）			1,013円

生検などの費用が生じた場合は当日ご本人様のお支払いとなります。

◎送付先確認 ※上記事業所所在地と請求書の発送先が異なる場合のみ、ご記入ください。

請求書（企業控）送付先	〒（ — ）
-------------	----------------

なお、ご本人様向けの書類（問診票/健診結果報告書）の送付先はFax記載内容確認のご連絡とあわせて確認させていただきます。

お申込み・お問い合わせ

医療法人聖祥会 かわもと記念クリニック 健診部門

電話 099-201-5555 Fax 099-243-5501

メール kenshin@kawamoto-cl.or.jp 受付時間 平日 8:00～17:00