

補助が使用できるのは被保険者の方で、年度内に1回限りとなります。

健康診断のお問い合わせありがとうございます。

※下記の欄はすべてご記入ください(胃の検査についても必ずご記入ください)

必要事項をご記入の上、ご返信宜しくお願い致します。

フリガナ 氏名	性別	健康 保険証 番号	生年月日	ご希望のコースにチェックをお願いします (この欄には協会の補助対象の検査のみご記入ください)		備考(その他のオプションご希望の 場合はこちらにご記入ください) 補助対象外検査等	希望日程 (第3希望まで記入して下さい)			
				全国健康保険協会	胃部検査実施内容		第一	第二	第三	
	<input type="checkbox"/> 男		年 月 日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 併用人間ドック(A・S)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,300円)				
	<input type="checkbox"/> 男		年 月 日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 併用人間ドック(A・S)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,300円)				
	<input type="checkbox"/> 男		年 月 日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 併用人間ドック(A・S)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,300円)				
	<input type="checkbox"/> 男		年 月 日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 併用人間ドック(A・S)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,300円)				
	<input type="checkbox"/> 男		年 月 日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 併用人間ドック(A・S)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,300円)				
	<input type="checkbox"/> 男		年 月 日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 併用人間ドック(A・S)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,300円)				
	<input type="checkbox"/> 男		年 月 日	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん健診	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		/	/	/
	<input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 併用人間ドック(A・S)	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,300円)				

※下記の欄はすべてご記入ください。

会社名	ご担当者名	電話番号:
		FAX番号:
ご案内・受診票送付先	<input type="checkbox"/> 会社(送付先住所:) <input type="checkbox"/> 個人自宅	
個人結果送付先	<input type="checkbox"/> 会社(送付先住所:) <input type="checkbox"/> 個人自宅	
結果会社控え	<input type="checkbox"/> 白黒(一人につき110円) <input type="checkbox"/> 連名簿 <input type="checkbox"/> 不要	お支払い方法 <input type="checkbox"/> 会社請求(月締のみ) <input type="checkbox"/> 個人窓口