

# 令和4年度 夏季集団健康診断受診申込書

(令和4年9月2日(金)実施分)

栗野商工会 御中

下記のとおり、健康診断受診を申し込みいたします

令和4年 月 日

事業所名			
所在地			
代表者		ご担当者	
T E L		F A X	

受診者数を以下の欄に記入してください ※詳細は別紙へご記入ください。

	項目・対象	受診者数 ※1
一般定期健康診断	希望者(年齢問わず)	名
生活習慣病健康診断	希望者(年齢問わず)	名
協会けんぽ利用生活習慣病予防検診 ※2	協会けんぽ被保険者 (満35歳～満74歳まで)	名
特殊健康診断 ※3		名
		名
		名
受診者合計		名

- ※1 受診者数の合計が午前50名以上・午後30名以上のため、企業への出張検診を希望される場合は商工会までご連絡ください。出張検診用申込書をお渡し致します
- ※2 別途、協会けんぽより送付された「生活習慣病予防健診対象者一覧」を併せて送付願います(コピー可)。なお、追加・削除等ある場合は別紙に必要事項の記載等お願いいたします。
- ※3 別紙検診項目をご参照の上、ご記入ください
- ※4 新型コロナウイルス対策により、受付時間を指定させていただくことがございます。あらかじめご了承ください

お申し込み期限 **7月29日(金)まで**

※受診申込の際にはこの用紙のほか、別紙のお申し込み表に受診される方の

氏名(フリガナ要)、性別、年齢、生年月日、ご希望の受診時間・検診コース・オプション内容等  
(協会けんぽ利用健診ご希望の方は、併せて事業所番号(7ケタ)・記号(2ケタ)、受診希望者の保険者番号(8ケタ))  
をご記入の上、商工会までお申し込みください。

【お問い合わせ】栗野商工会 TEL:0289-85-2281 / FAX:0289-85-3355

※受診日当日は大変混雑いたします。事業所ごとの受付時間を後日、ご案内いたします

定期健康診断(一般) お申し込み表 (健診実施日 令和4年9月2日)

事業所名		健康保険 事業所記号	
所在地	(〒 )	(電話)	— —
		(FAX)	— —
		ご担当者様	

- 受診対象者はすべての項目についてご記入いただき、受診者氏名、性別、年齢、希望健診コース、希望オプション検査内容、特殊健康診断内容、ご希望の時間帯をお知らせください。  
 ※生活習慣病健診の受診を希望されている場合、受診時間帯は午前のみとなります。  
 ※受診時間につきましてはご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承下さい。  
 ※当日は感染症対策を行い実施いたしますが、各自マスクの着用や消毒等の徹底に際しご協力下さいますようお願いいたします。

No.	(フリガナ) 受診者氏名・保険者番号(8ケタ)	性別	生年月日	希望健診コース (協会けんぽ制度ご利用の方は 事業所番号(2ケタ)をご記入 ください)	希望オプション検査 (下記オプション検査より希望する 検査の番号を選択してください)	特殊健康診断 (希望する内容をご記入下さい)	希望時間帯 ※午前又は午後を選択 ※併せて希望時間帯を記入
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	・一般 ・生活習慣病 ・協会けんぽ利用 (番号(2ケタ): )	希望オプション検査番号記入欄		午前・午後 ( 時 分ごろ希望)
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	・一般 ・生活習慣病 ・協会けんぽ利用 (番号(2ケタ): )	希望オプション検査番号記入欄		午前・午後 ( 時 分ごろ希望)
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	・一般 ・生活習慣病 ・協会けんぽ利用 (番号(2ケタ): )	希望オプション検査番号記入欄		午前・午後 ( 時 分ごろ希望)
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	・一般 ・生活習慣病 ・協会けんぽ利用 (番号(2ケタ): )	希望オプション検査番号記入欄		午前・午後 ( 時 分ごろ希望)
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	・一般 ・生活習慣病 ・協会けんぽ利用 (番号(2ケタ): )	希望オプション検査番号記入欄		午前・午後 ( 時 分ごろ希望)
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	・一般 ・生活習慣病 ・協会けんぽ利用 (番号(2ケタ): )	希望オプション検査番号記入欄		午前・午後 ( 時 分ごろ希望)
		男・女	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	・一般 ・生活習慣病 ・協会けんぽ利用 (番号(2ケタ): )	希望オプション検査番号記入欄		午前・午後 ( 時 分ごろ希望)

●オプション検査表(健診当日受付にてお支払いとなります。※①～⑤については、一般健診受診者のみ追加可能です)

No.	検査項目	料金(税込)	No.	検査項目	料金(税込)	No.	検査項目	料金(税込)
①	肝機能検査(A L P)	150円	⑧	膵臓機能検査 (血清アミラーゼ)	150円	⑮	B型・C型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原・抗体 HCV抗体)	2,000円
②	腎機能検査 (クレアチニン)	150円	⑨	ペプシノゲン (胃粘膜・萎縮、炎症等)	2,500円	⑯	肺がん検査(喀痰検査)	2,000円
③	血中脂質検査 (総コレステロール)	150円	⑩	ピロリ菌抗体検査 (胃粘膜チェック)	1,800円	⑰	胃がん検査(胃部X線検査) ※バリウム有、午前中実施	4,000円
④	痛風検査(尿酸)	150円	⑪	胃がんリスク層別化検査 (胃粘膜萎縮・炎症等、⑨・⑩の検査セット)	4,000円	⑱	眼底(片眼)	700円
⑤	大腸がん検査 (便潜血2回法)	1,200円	⑫	前立腺検査(PSA) ※男性限定	1,800円			
⑥	肝機能検査(総ビリルビン)	150円	⑬	卵巣腫瘍マーカー(CA125) ※女性限定	1,800円			
⑦	肝機能検査(総蛋白)	150円	⑭	甲状腺機能検査 (FT3・FT4・TSH)	2,800円			

●協会けんぽ利用生活習慣病予防健診ご希望の方へ

お申し込みの際には、協会けんぽより送付されております「生活習慣病予防健診対象者一覧」を添えてお申し込みください(コピー可)。  
 なお、新たに受診者を追加する場合は、「記号・番号」「保険者番号」を併せてご記入ください。

【健康診断に関する詳しいお問い合わせ先】宇都宮東病院(前田様 TEL:028-683-3050)、または商工会までお問い合わせください。

■本申込表に記載された個人情報等含む内容につきましては、特定の目的以外で利用することはありません。