

令和2年度健診申込手順について

1. 健診申込書(別紙 1-1・1-2)に事業所名・ご担当者名・電話番号・FAX 番号をご記入ください。
2. 申込内容をご記入ください。
 - ① 各事業所様の該当するコースに男性・女性・合計人数を記入
 - ② コースの内訳は胃部検査の種類別(透視・カメラ・胃部検査なし)その中でも女性検診を受けられる方の人数を()に記入
定期健康診断の方も同様に女性検診を受けられる方の人数を()に記入
3. お支払方法に該当する項目に○を付けてください。
お支払い方法に関しまして、1. 2以外に申請等により必要な項目がありましたら、ご相談ください。
4. 申込書に全てご記入出来ましたら、FAX により当健診センターへ送信ください。
5. ご記入いただきました申込書を元に健診日程をお知らせいたします。
6. お知らせしました日程の中で受診日を決めていただき、受診者名簿を作成のうえ FAX 又は郵送にてご返信ください。

・協会けんぽの事業所様

- ①協会けんぽが発行(3月23日発送予定)する生活習慣病予防健診対象者一覧の該当する項目に○を付け、日付等を記入していただき、胃カメラ希望の場合は、備考欄にカメラ(鼻か口)をご記入してください。
※予約時に胃カメラの検査方法(鼻か口)の確認が必要となりますので、ご記入をお願いいたします。
- ②日程・健診内容等が入った上記一覧表を当健診センターに FAX 送信してください。

・協会けんぽ以外の事業所様

- 各事業所用の様式で構いませんので、日程・氏名(保険証の登録漢字)・ふりがな・性別・生年月日(和暦)・コース名・乳がん検診・子宮がん検診・胃部検査内容(透視・カメラ)等を記入した受診者名簿を作成いただき、FAX を送信してください。
※予約時に胃カメラの検査方法(鼻か口)の確認が必要となりますので、ご記入をお願いいたします。

7. 予約受付完了後、健診受診日に合わせて、ご案内を順次発送いたします。
8. 健診受診日に、保険証と問診票等をご持参のうえ、予約時間にご来所ください。

丹波市ミルネ診療所・健診センター

TEL 0795-88-5671 ・ FAX 0795-86-8253

健診申込書(協会けんぽ)

お申込日(令和 年 月 日)

R2.3

ふりがな 事業所名		ふりがな ご担当者名	
電話番号		FAX 番号	
請求書 送付先	〒	健診案内 送付先	〒

★申込内容(人数をご記入ください。)

	男性	女性	合計人数	備考欄
協会けんぽ 生活習慣病予防健診 (一般健診)				
内 訳	胃透視(バリウム検査) (内 婦人科検診あり)	()		
	胃カメラ (内 婦人科検診あり)	()		
	胃部検査なし (内 婦人科検診あり)	()		
定期健康診断 (労働安全衛生規則第44条) (内 婦人科検診あり)		()		
協会けんぽ【単独受診】 子宮頸がん検診				
その他 ◎ご希望月・ご都合の悪い 月・曜日等をご記入ください。				

◎婦人科検診は、乳がん検診・子宮頸がん検診を希望される人数を記入してください。

◎木曜日は子宮がん検診を行っておりません。(令和2年度)

◎胃カメラに変更された場合は追加料金 3,500円掛かります。

★お支払方法について(番号に○をつけてください。)

支払方法	1. 健診日に受診者が窓口で支払いする
	2. 一般健診と補助対象年齢の健診(乳・子・付加)と定期健康診断のみ事業所へ請求する

※上記の支払い方法につきまして申請等で必要な項目がありましたら、ご相談ください。

★健診結果写しの控えについて

ご希望の場合は別紙2の申込書にご記入及び押印の上、郵送にてお申し込みください。

【申込先】 〒669-3464 丹波市氷上町石生 2059 番地 5

丹波市ミルネ診療所健診センター TEL0795-88-5671 **FAX 0795-86-8253**

健診申込書(協会けんぽ以外)

お申込日(令和 年 月 日)

R2.3

ふりがな 事業所名		ふりがな ご担当者名	
電話番号		FAX 番号	
請求書 送付先	〒	健診案内 送付先	〒

★申込内容(人数をご記入ください。)

	男性	女性	合計人数	備考欄
ドックコース(A・B・C) ・希望コースに○を付けてください				
内 訳	胃透視(バリウム検査) (内 婦人科検診あり)	()		
	胃カメラ (内 婦人科検診あり)	()		
	胃部検査なし (内 婦人科検診あり)	()		
定期健康診断 (労働安全衛生規則第44条) (内 婦人科検診あり)		()		
その他 ◎ご希望月・ご都合の悪い 月・曜日等をご記入ください。				

◎婦人科検診は、乳がん検診・子宮頸がん検診を希望される人数を記入してください。

◎木曜日は子宮がん検診を行っておりません。(令和2年度)

◎胃カメラに変更された場合は追加料金 3,500円掛かります。

★お支払方法について(番号に○をつけてください。)

支払方法	1. 健診日に受診者が窓口で支払いする
	2. 一般健診と補助対象年齢の健診(乳・子・付加)と定期健康診断のみ事業所へ請求する

※上記の支払い方法につきまして申請等で必要な項目がありましたら、ご相談ください。

★健診結果写しの控えについて

ご希望の場合は別紙2の申込書にご記入及び押印の上、郵送にてお申し込みください。

【申込先】 〒669-3464 丹波市氷上町石生 2059 番地 5

丹波市ミルネ診療所健診センター TEL0795-88-5671 **FAX 0795-86-8253**

令和2年 月 日

丹波市ミルネ診療所健診センター様

健診結果報告書写しの申し込みについて

標題の件について、従業員（受診者）の同意を得ておりますので、下記報告書の提出を申し込みます。

記

※希望する番号に○をつけて下さい。

1. 労働安全衛生規則の項目のみが一覧表になった健診結果報告書（手数料無料）
2. 労働基準局健診結果統計表（手数料無料）
3. 受診者と同等の健診結果報告書（白黒）（手数料1名110円（税込））

〒	
住所	
事業所名	
	印
電話番号	
ご担当者	

※結果写しの送付先が違う場合はご記入ください

〒	
送付先住所	
事業所名	
電話番号	
ご担当者	