村上総合病院健診センター宛　　FAX 0254-50-0014

事業所コード		ID	オーダ	案内	カメラ

下記より太枠内にご記入願います　**※FAX受理後、健診センターよりご連絡致します**

※このお申込みにより予約が確定されるものではありません

令和7年度～

協会けんぽ生活習慣病予防健診仮予約申込書（事業所様用）

ふりがな 事業所名		電話番号	
住所		FAX	
メールアドレス		担当者名	

◇お申込み人数・ご希望月

男性	一般健診+付加健診	名	一般健診	名	うち胃カメラご希望の方	名
女性	一般健診+付加健診	名	一般健診	名	うち胃カメラご希望の方	名
	子宮頸がん単独	名				

*付加健診とは一般健診に加えてさらに検査項目が多く、対象者は受診年度において40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の方です

ご希望月 （ご希望に添えない場合があります）	月	全員別日希望　・　1日の受診希望人数（　　）名 その他ご希望（　　）

◇送付先

※原則以下のようにさせていただきますが、異なる住所へ送付をご希望の場合は各欄右側へご記入ください。またR7年度より受診者様用の結果は、ご自宅へ郵送とさせていただきます。

健診案内送付先	会社（上記住所）
健診結果送付先	受診者様ご自宅
請求書・会社用結果送付先	会社（上記住所）

◇お支払方法（〇をつけてください）

一般健診分	請求書払い　・　当日窓口払い
乳がん・子宮がん分（偶数年齢の方）	請求書払い　・　当日窓口払い
付加健診分（対象年齢の方）	請求書払い　・　当日窓口払い
その他（ご要望がございましたらお書きください）	

※オプション・胃カメラ差額分（4,400円）については当日窓口払いとなっております。