

福島商工会議所 生活習慣病健診申込書

下記により生活習慣病健診を申し込みます。

郵便番号		—		事業所 所在地 (問診票等送付先)				担当者名													
TEL		—		事業所名																	
FAX		—		健康保険被保険者証の記号(右づめ) ※Aコースの場合記入 ◆上記カード(青色)・氏名上部の数字を記載(7～8桁)⇒																	
検査項目		料金(税込)		人数		小計		生命共済制度加入の有無 有 ・ 無													
Aコース (①～⑨)	基本料金	5,282円		名		円		※小計は記載不要です。事業所で 健診料の目安を算出する際にご使用 下さい。													
	生命共済(エール共済)加入者割引料金	4,282円		名		円															
Bコース (①～⑦、⑩)	基本料金	8,470円		名		円															
	生命共済(エール共済)加入者割引料金	7,470円		名		円															
オプション検査	⑧胃がん検査 (※Aコース込)		6,600円		名		円		【お支払い方法】 受診後、検査機関より事業所宛へ請求 書を送付いたします。 請求書に記載の指定の口座へ期限日 迄にお振り込み願います。 ※検査前の事前振込はありません。 【男性】11日(月)・12日(火) 13日(水) 16日(土)9時～10時 【女性】14日(木)・15日(金) 16日(土)10時30分 ～11時												
	⑨大腸がん検査 (※Aコース込)		1,056円		名		円														
	⑩眼底検査 (※Bコース込)		1,100円		名		円														
	血液検査	⑪糖尿病検査		770円		名		円													
		⑫肝臓がん検査		1,980円		名		円													
		⑬消化器系(すい臓がん)		2,420円		名		円													
		⑭ピロリ菌検査		1,650円		名		円													
		⑮肺がん検査		2,970円		名		円													
	⑯前立腺がん検査(男性)		2,310円		名		円														
	⑰乳がん検査(女性)※14日・15日のみ		4,400円		名		円														
⑱乳がん検査(女性)※14日・15日のみ (40～48歳)		1,574円		名		円															
★Aコース申込者限定・詳細表面参照 (50～74歳)		1,013円		名		円															
受診者氏名及び受診希望日の記入欄 検査項目・受診希望時間は○印でご記入下さい。カルテ作成の為、全項目をご記入をお願いします。受診日等は希望に添えない場合もございます。				検査項目	⑧胃がん	⑨大腸がん	⑩眼底	⑪糖尿病	⑫肝臓がん	⑬消化器系がん	⑭ピロリ菌	⑮肺がん	⑯前立腺がん	⑰乳がん	⑱乳がん★	受診希望日	①9時	②9時30分	③10時	④10時30分	⑤11時
1	健康保険被保険者証の番号(※Aコースの場合記入) ◆上記カード(青色)右上、交付日・下部の数字⇒			男・女											日						
	フリガナ																				
	氏名 昭和・平成 年 月 日生																				
2	健康保険被保険者証の番号(※Aコースの場合記入) ◆上記カード(青色)右上、交付日・下部の数字⇒			男・女											日						
	フリガナ																				
	氏名 昭和・平成 年 月 日生																				
3	健康保険被保険者証の番号(※Aコースの場合記入) ◆上記カード(青色)右上、交付日・下部の数字⇒			男・女											日						
	フリガナ																				
	氏名 昭和・平成 年 月 日生																				
4	健康保険被保険者証の番号(※Aコースの場合記入) ◆上記カード(青色)右上、交付日・下部の数字⇒			男・女											日						
	フリガナ																				
	氏名 昭和・平成 年 月 日生																				

〔個人情報のお取扱いについて〕

ご記入いただいた個人情報は健康診断のみに使用します。◇健康診断のための情報提供は検査機関である公益財団法人福島県労働保健センターにのみ提供します。
◇上記の事項について同意されましたら下記署名欄に代表者または担当者の方の自筆の署名をお願いします。
上記事項に同意し、生活習慣病健診に申し込みます。 令和5年 月 日 署名