
協会けんぽ 生活習慣病予防健診 申込書

倉吉シティ内視鏡クリニック

FAX：0858-24-6145 Email:hk.nk@himawari-g.com

この度は、

倉吉シティ内視鏡クリニックにて健診の受検をご検討いただきありがとうございます。

大変お手数ですが、下記に必要事項をご記入いただき、

FAX（無い場合はメール）にてご返信していただきますようよろしくお願いいたします。

後日、担当者より連絡をさせていただきます。

1. 基本情報

企業名	様		
ご住所	〒 -		
ご担当者様	様		
ご担当者様連絡先	TEL / FAX		
	Email @		
ご連絡希望時間帯	午前（ 時頃）・ 午後（ 時頃）・ いつでも		
企業様	全国健康保険協会【 】支部		
加入健康保険について	保険証記号：		
受検ご予約定人数	名様（内訳 男性 名・女性 名）		

2. 健診費用負担（検査項目別）

↓どちらかに✓を記入お願いいたします。

項目	料金	ご本人様	企業様	特記事項
協会けんぽ 一般健診	¥5,282			
協会けんぽ 付加健診	¥2,689			
協会けんぽ 乳がん検診	¥1,574			※50歳以上、1,013円
協会けんぽ 子宮頸がん検診	¥970			
協会けんぽ 肝炎ウイルス	¥582			
オプション 鎮静	¥3,500			
その他 オプション検査				

3. 実施予定期間

令和 年 月 ～ 令和 年 月

4. 健診実施希望時間帯

午前 ・ 午後 ・ どちらでも可

5. ご要望などございましたらご記入お願いいたします。

--