
協会けんぽ健診

※ 申込時の注意事項 ※

協会けんぽ健診の申し込みに際しまして、以下の事項をお読みいただき
必要事項をご記入の上(2重線内)FAXにてふれあいクリニックへ送信して下さい。
健診日が決まりましたら、改めてこちらから FAX にてご連絡させていただきます。
宜しくお願いいたします。

※一般健診の対象は 35 歳以上の被保険者(ご本人)が対象となります。
対象外の方がご希望ですと自費料金となりますのでご了承ください。

※(土)は希望される方が多く、また予約枠が少ない為 ご希望の日程に添えない場合がございます。
(火)(水)は比較的 健診枠が多い為、予約がとりやすくなっております。

※胃カメラ検査を希望の場合は、ご連絡をいただいた日より 3 カ月以内の日程とさせていただきます。

※乳がん検診は、(月)～(土)となります。
2017 年度より乳房視触診が廃止され、レントゲン(マンモグラフィ)のみとなりました。

★健診の受付時間は【月曜～土曜】の《午前 8:45～11:00》となっております。
検査項目により来院時間が異なる場合がございます。
後日、お送りいたしますご案内を参照いただきたいと思います。

★結果送付について
基本的には、受診者様のご自宅への送付とさせていただきます。
ご予約の際は、氏名・生年月日・自宅住所・電話番号をお知らせいただきたいと思います。

ご不明な点がありましたらお問い合わせ下さい。

〒274-0805 船橋市二和東 5-1-1
社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会

二和ふれあいクリニック

TEL 047(448)7118

FAX 047(448)7184

健診受診者名簿 【協会けんぽ用】

※ 左記と連絡先・送付先が別の場合、以下の欄もご記入下さい。

| | | |
|---|-------|-----|
| ① | 事業所名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | 保険者番号 | |
| | | 担当者 |

| | | |
|---|-------|-----|
| ② | 宛名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | | 担当者 |

健診結果送付先 ① ・ ② 《○をしてください》

| ID番号 病院側記入 | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 | 保険証の記号/番号 | 本人 | 受診 有・無 | 健診内容 希望に○印を付けて下さい | 胃カメラ 希望は○印 | 自己負担 いずれかに○印 | 予約希望日 | | | 予約決定日 病院側記入 |
|---------------|------------|----|-------|-----------|----|-----------|--------------------------|---------------|-----------------|-------|-------|-------|----------------|
| | | | | | | | | | | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | |
| | | 男女 | 年 月 日 | 記号 番号 | 本人 | 有無 | 予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎 | | 窓口負担 企業負担 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 男女 | 年 月 日 | 記号 番号 | 本人 | 有無 | 予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎 | | 窓口負担 企業負担 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 男女 | 年 月 日 | 記号 番号 | 本人 | 有無 | 予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎 | | 窓口負担 企業負担 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 男女 | 年 月 日 | 記号 番号 | 本人 | 有無 | 予防(一般)・付加 乳がん・子宮がん・肝炎 | | 窓口負担 企業負担 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

※ 健診当日の受付日時 (月)～(土) 8:45～11:00

※ 二重線内は全て記入して下さい。

※ 予約希望日は、極力 1ヶ月後以降で、第3希望までご記入下さい。

※ 受診有無とは過去に「二和ふれあいクリニック」・「ふたわ診療所」・「船橋二和病院」のいずれかを受診したことがあるかの確認です。

※ 自己負担の欄は、「当日窓口にて支払っていただけ」か「企業へ請求させていただけ」かの確認です。

※ 日程が決まりましたら予約日を記入して「FAXにて返信いたします」。

※ その後、「生活習慣病予防健診申込書」に健診決定日を記入し、全国健康保険協会の支部へ必ず郵送して下さい。

※ 予約日の二週間前頃に「ご案内・問診票」を郵送いたします。

※ 対象外の方(年齢等)は、自費にて受診していただくようになります。ご了承ください。

※ 2015年度より健診の全ての項目(胃レントゲン・胸部レントゲンも含む)が原則必須となりました。

| | |
|--------|--|
| 予約日入力者 | |
|--------|--|

| |
|---|
| 二和ふれあいクリニック TEL 047-448-7118 FAX 047-448-7184 |
|---|