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 《〇をしてください》

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	旧姓	健診内容 希望に〇印を付けて下さい	胃部検査 いずれかに〇印	自己負担 いずれかに〇印	予約希望日 第1希望	第2希望	第3希望	予約決定日 病院側記入
		男 女	年　月　日	記号 番号	本人		予防(一般)･付加 乳がん･子宮がん･肝炎	やらない やる 胃バリウム･胃内視鏡	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		予防(一般)･付加 乳がん･子宮がん･肝炎	やらない やる 胃バリウム･胃内視鏡	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		予防(一般)･付加 乳がん･子宮がん･肝炎	やらない やる 胃バリウム･胃内視鏡	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		予防(一般)･付加 乳がん･子宮がん･肝炎	やらない やる 胃バリウム･胃内視鏡	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。
※ 予約希望日は第3希望までご記入下さい。
★胃部検査のご希望をご記入いただき、〇がついている場合のみ、ご予約を取らせさていただきます。
★胃内視鏡希望の方のご予約は受診希望日から3ヶ月以内の日程とさせていただいております。ご了承ください。
※ 自己負担の欄は、「当日窓口にて支払っていただける」か「企業へ請求させていただく」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。
※ 予約日の2週間前頃に、ご案内･問診票などを郵送いたします。
※ 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。ご了承下さい。

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

協会けんぽ健診

※ 申込時の注意事項 ※

協会けんぽ健診の申込に際しまして、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 FAX にて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（年度年齢）の被保険者（ご本人）の方が対象となります。
対象外の方が申込される場合は自費料金となりますので、その旨ご了承ください。
その際、ご家族の特定健診受診券は使用できません。

※ 土曜日は希望される方が多く、また予約枠が少ないため希望に添えない場合がございます。

※ 胃カメラ検査をご希望の方は、連絡いただいた日から 3 ヶ月以内の日程とさせていただきます。

★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。
後日お送りする予約票をご覧ください。

★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いたします。

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

2021.8.11 作成