

# 企業(事業所)等による登録申込書

(様式 21)

令和 年 月 日

企業名等	フリガナ			
	名 称			
	住 所	〒		
	担当部署		担当者	
	電話番号		F A X	
健康保険組合	※健保負担がある場合は必ずご記入ください。			
	名 称			
	住 所	〒		
	担当部署		担当者	
	電話番号		F A X	
	府県番号	(例一愛知県23)	保険者番号	
負担割合	1 全額個人負担			円
	2 全額企業等負担			円
	3 一部個人負担			円
	4 一部企業等負担			円
	5 健保組合負担			円
	6 その他( )			円
問診票送付先(○印を)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 受診者宅 (個別)</li> <li>▪ 企業等一括</li> <li>▪ 健保組合一括</li> </ul>			
本人用 結果票送付先(○印を)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 全て受診者宅へ (原則自宅)</li> <li>▪ 自宅以外の送付先 ※健診センターまでご連絡ください。</li> </ul> (〒 )			
結果票控え(○印を) ※受診日から3週間以降 の送付となります	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 送付不要</li> <li>▪ 送付希望(送付先: )</li> </ul> ※同意書が必要となりますので健診センターまでご連絡ください。			
その他	※日本語での日常会話が困難な場合、問診記入の確認と職場の方などの同伴をお願いします			

※ 請求書は、翌月10日までに送付させていただきます。支払いは、請求月の月末までに行います。なお、送金の際の振込手数料は、御社の負担となりますのでよろしくお願いいたします。

# 企業健康診断申込書(令和5年度)

令和 年 月 日 (様式22)

事業所	フリガナ						
	名称						
	住所	〒					
	担当者		電話	( )	-		
健診希望年月日	令和	年	月	日	FAX	( )	-
人数	名 (名簿添付)						

希望されるコースに○を付けてください	オプション項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>人間ドックAコース(特定健診項目含)</li> <li>人間ドックBコース(特定健診項目含)</li> <li>脳ドックA 56,000円</li> <li>脳ドックB 36,600円</li> <li>動脈硬化ドック 14,200円</li> <li>早期肺がん検診 15,200円 ※毎週火・金</li> <li>大腸がん検診 15,200円</li> <li>乳がん検診 7,100円 (マンモグラフィ・超音波)</li> <li>子宮がん検診 5,500円 (頸部・体部細胞診・超音波)</li> <li>卵巣がん検診 5,000円</li> <li>骨粗鬆症検診 4,000円</li> <li>前立腺がん検査 2,500円 (PSA検査)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇脳検診 30,500円 ※人間ドックAのみのオプション *体内に金属がある場合、検査ができないことがあります。</li> <li>◇乳がん検診 7,100円 (マンモグラフィ・超音波)</li> <li>◇子宮がん検診 5,500円 (頸部・体部細胞診・超音波)</li> <li>◇卵巣がん検診 5,000円</li> <li>◇早期肺がん検診 15,200円 ※毎週火・金 ※胸部X線が重複する場合 13,200円</li> <li>◇動脈硬化検診 8,100円 ※人間ドックA・Bのみのオプション</li> <li>◇骨粗鬆症検診 4,000円</li> <li>◇前立腺がん検査 2,500円 ※ドックとの併用の場合 1,440円 (PSA検査)</li> <li>◇胃がんリスク層別化検査(ABC分類) ※ピロリ菌除菌治療を受けた方・以前検査を受けた方は対象外です。 ※胃部X線受診時のみ 2,500円</li> </ul>

**【企業健診】 ※CまたはDのいずれかに○を付けてください**

健康診断(労働安全衛生法に準ず)	<b>【項目】</b>
C: 定期健診(心電図 無) 10,790円	①医療面接(既往歴及び業務歴 自覚症状及び他覚症状の有無)
D: 定期健診(心電図 有) 12,220円	②身長、体重、腹囲、BMI、肥満度、視力、聴力(1000Hz,4000Hz)③血圧
	④貧血検査(赤血球数、白血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット)
	⑤肝機能(AST(GOT)・ALT(GPT)・r-GTP)
	⑥脂質(中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール)
	⑦空腹時血糖⑧尿(糖・蛋白・潜血) ⑨胸部X線
	(注)専用紙記入の場合は、文書料が必要となります。

**【上記の人間ドックコース・企業健診に該当しない場合は、下記の申込欄に○をご記入ください】**

No	検査項目	税込料金	申込	No	検査項目	税込料金	申込
1	医療面接・身体測定(身長・体重・肥満度(BMI))	3,160円		10	胃部X線	13,480円	
	視力検査・血圧測定						
2	腹囲			11	胃がんリスク層別化検査(ABC分類) ※胃部X線受診時のみ ※ピロリ菌除菌治療を受けた方は対象外です。	2,500円	
3	尿検査(糖・蛋白・潜血)	280円		12	眼底カメラ	630円	
4	血液学的検査(貧血検査)	1,600円		13	便潜血検査(免疫便潜血反応)(2日法)	1,180円	
	赤血球数・白血球数 ヘモグロビン(Hgb)ヘマトクリット(Hct)						
5	血液生化学的検査 7項目	2,600円		14	PSA(前立腺特異抗原)検査 ※ドックとの併用は、1,440円	2,500円	
	【肝機能検査】 AST(GOT)・ALT(GPT)・r-GTP 【血糖検査】 空腹時血糖 【血中脂質検査】 中性脂肪・HDL-コレステロール LDL-コレステロール						
6	採血料	400円		15	クレアチニン(eGFRを含む)	120円	
7	胸部X線撮影(直接) 1枚	2,310円		16	ヘモグロビンA1c	530円	
8	簡易聴力検査(1000Hz・4000Hz)	440円		17	その他		
9	心電図(12誘導)	1,430円		合 計			
					文書料(1枚につき3,000円+税) 枚	円	

健保	-	入力	確認
コース			
オプション			

※お電話にて日程の仮予約をした後、この用紙に記入いただき、FAXまたは郵送して下さい。  
※健診日の3週間前までに必ず3枚セットで提出してください。

小牧市民病院健診センター

(R5.1.20作成)

# 健 診 者 名 簿

団体名

病院診察券ID番号 (わかる場合のみ記入)	フリガナ 氏名		生年月日	性別	住 所 (ご自宅)	健診日	コース	オプション	保険者番号 記号・番号
1			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
2			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
3			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
4			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
5			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
6			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
7			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
8			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
9			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—
10			S・H	男	〒 TEL				
			年 月 日	女					—