

2026年度
東振協
(人間ドック)用

FAX 0248-42-2226
健康診断事前申込書

公益財団法人会田病院
健診センター
〒969-0213
福島県西白河郡矢吹町本町216
TEL :0248-42-3592
FAX :0248-42-2226

健康診断ご担当者様

当院への健康診断のご依頼を賜り、誠にありがとうございます。
受診に際し確認事項がございますので、お手数ですが下記事項について、ご記入・□欄にチェックをいれて下さい。

A 基本情報について（問診、結果、請求の送付先）

フリガナ			
会社名			
事業所住所	〒		
TEL		部署	
FAX		ご担当者名	
健康保険組合名			

B ご請求について

基本健診	健保請求以外受診者負担分の支払先 <input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 当日窓口支払 <input type="checkbox"/> その他()		
胃カメラ差額	<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 当日窓口支払 <input type="checkbox"/> その他()		
追加個人オプション	当日窓口支払のみ	特殊健診(内容)	<input type="checkbox"/> 会社請求
結果控え	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※控え発行には、ご本人様の同意書が必要となります。		

C ご希望健診時期・曜日について

希望時期	<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月										
希望の曜日	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土曜日 【受診出来ない日							】	一日最大受診可能人数	人	

D コース内容・人数について

コース内容(健康保険組合ごとに契約のあるコースを選択)	胃カメラ	バリウム
<input type="checkbox"/> 東振協D1コース	人	人
<input type="checkbox"/> 東振協D1コース + 乳がん	人	人
<input type="checkbox"/> 東振協D1コース + 子宮がん	人	人
<input type="checkbox"/> 東振協D1コース + 乳がん + 子宮がん	人	人
<input type="checkbox"/> 東振協D2コース	人	人
<input type="checkbox"/> 東振協D2コース + 乳がん	人	人
<input type="checkbox"/> 東振協D2コース + 子宮がん	人	人
<input type="checkbox"/> 東振協D2コース + 乳がん + 子宮がん	人	人

[1] 2026年度「健康診断事前申込書」に必要事項をご記入のうえ、健康診断申込者名簿と一緒に当院へ FAX又は郵送でお申込み下さい。

胃カメラ、バリウムの希望が分かるように個別に記入ください。

[2] 日程を調整して担当より後日連絡をさせていただきます。(健診予定日の概ね1ヶ月前)

[3] 問診票一式の送付(注意事項・便容器等)は、事業所へまとめて発送(約2週間前)致します。

[4] 健診結果(事業所負担分ご請求書含む)の発送は、事業所へまとめての発送(約1ヶ月前後)致します。

◆子宮頸がん実施日 受付時間◆

- ①毎週 火・木・金 9:30~10:00
②第2・4 月 9:30~10:00

◆乳がん実施日 受付時間◆

- ①毎週 金 9:30~10:00
②第2・4 月 9:30~10:00
③マンモ触診なし 火・木 9:30~10:00

健康診断申込者名簿

(人間ドック)

※コース等お間違えの無いようご記入ください。

※15名様以上の場合はお手数ですが、コピーしてご利用ください。

会社名

保険者番号	健康保険証の記号

No.	健康保険証の番号	本人・家族	フリガナ		性別	生年月日	コース(○で囲んでください)	希望日
			氏名					
1		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
2		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
3		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
4		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
5		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
6		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
7		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
8		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
9		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
10		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
11		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
12		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
13		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
14		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		
15		本・家			男・女	昭・平	東振協 D1 D2 (胃カメラ バリウム) 乳がん(マンモ(触診あり・無し)) 子宮頸がん その他オプション()	/
						年 月 日		