

2026年度
東振協
(生活習慣病健診)

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。
申込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・□欄にチェックを入れて下さい。

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	<input type="checkbox"/> 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 ※健診コースを確認の上、お間違えの無いようご記入をお願いいたします。

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)	人数
<input type="checkbox"/> 東振協Aコース	人
<input type="checkbox"/> 東振協A1コース	人
<input type="checkbox"/> 東振協A2コース	人
<input type="checkbox"/> 東振協Bコース (胃部検査なし)	人
<input type="checkbox"/> 東振協Bコース (胃カメラ)	人
<input type="checkbox"/> 東振協Bコース (バリウム)	人
<input type="checkbox"/> 東振協B1コース (胃部検査なし)	人
<input type="checkbox"/> 東振協B1コース (胃カメラ)	人
<input type="checkbox"/> 東振協B1コース (バリウム)	人
<input type="checkbox"/> 東振協B2コース (胃部検査なし)	人
<input type="checkbox"/> 東振協B2コース (胃カメラ)	人
<input type="checkbox"/> 東振協B2コース (バリウム)	人

- 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。
- 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)
- 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。
- 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

会社名

健康診断申込者名簿 (生活習慣病健診)

※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。

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 氏名	性別	生年月日	コース(○で囲んでください)	希望日
1		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
2		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
3		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
4		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
5		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
6		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
7		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
8		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
9		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
10		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
11		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
12		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
13		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
14		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/
15		本・家		男・女	昭・平 年 月 日	東振協 A A1 A2 B B1 B2 (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()	/