平成27年度

集団健康診断

・主催　天理市商工会　　・健診委託機関　医療法人恵生会
・受診対象者　天理市商工会々員事業主、家族専従者、従業員

A. 一般受診（国民健康保険加入及び社会保険加入で34才までの方）

◇検診料　６，０００円／人（後日事業所単位でお支払い下さい）
◇検診項目　既往歴、自覚・他覚症状、診察、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線、血圧
貧血、肝機能、中性脂肪、HDL・LDL（悪玉）ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、血糖、尿、心電図
◇胃レントゲン　**予約制となります。（別途費用3,500円）**
◇オプション検査（別途費用）　血液検査（腎機能・痛風・膵臓・各種腫瘍ﾏｰｶｰ）/大腸がん検査（便潜血）
有機溶剤検査（午後のみ）、肝炎ウイルス検査等（選択可）
＊オプション申込書は商工会ホームページより印刷できます。

B. 協会けんぽの補助を利用（社会保険加入で35才～74才の方）

協会けんぽ加入の35才～74才の方は費用が安くなります。
◇検診項目　生活習慣病予防検診
（上記検査項目に胃部ﾚﾝﾄｹﾞﾝ・血液検査項目・大腸がん検査が付加されます）
◇検診料　４，６００円／人
＊胸部、胃部ﾚﾝﾄｹﾞﾝとも間接撮影になります。

A・B 共通

◇日時　**平成27年6月15(月)・16(火)・17日(水)**
◇受付時間　**午前9:00 ～ 午後4:00（最終日は2時まで）**
※受診日時は後日連絡
◇場所　**天理市保健センター**（天理市役所駐車場西側別棟）
◇申込〆切　**５月１３日（水）　事務局必着**
◇支払方法　後日、お支払い頂きます。
（注）今回変更になっています。
（昨年までは当日お支払い頂きましたが、受診後に請求書が送られてきますので、恵生会へお振込みいただくか、商工会事務局へお持ち下さい。）

【お申込み】FAXでお申し込み下さい。受診日時等、あらためてご連絡します。
天理市商工会　天理市川原城町３６１　**FAX６２－１９４６**　（TEL62-1945）

キリトリ

平成27年度　集団健康診断申込書

＊今回初めて申し込まれる事業所は丸印をお願いします。⇒（　　）初受診

事業所名 所在地 電話 FAX	

A. 一般受診の方

申込人数	男性（　　）名・女性（　　）名、計（　　）名 ＊内、胃ﾚﾝﾄｹﾞﾝ希望者（時間指定となります）（男　名・女　名）
健康診断個人票（必要枚数）	*受診2回目以降の事業所の方は、新しい個人票の必要枚数をご確認下さい。 新個人票（　　）枚・4年目追加票（　　）枚・いらない

B. 協会けんぽの補助利用（社会保険加入35～74才）

申込人数	男性（　　）名・女性（　　）名、計（　　）名 ＊内、胃ﾚﾝﾄｹﾞﾝ希望者（時間指定となります）（男　名・女　名） 費用に含まれています。

協会けんぽから送られてきた「生活習慣病予防健診申込書」が必要です。（裏面参照）

A+B 希望日時をご記入下さい。

希望日時 （午前中は大変混み合います。ご注意ください。）	例）15日午前1人と16日午後2人、　　など いつでもよい（　　）人

FAX 62-1946

～協会けんぽを利用した受診方法（社会保険に加入の 35 才～74 才の方が対象）～

①生活習慣病予防健診申込書に記入（緑色の封筒で協会けんぽから 3 月末頃送られて来ています）

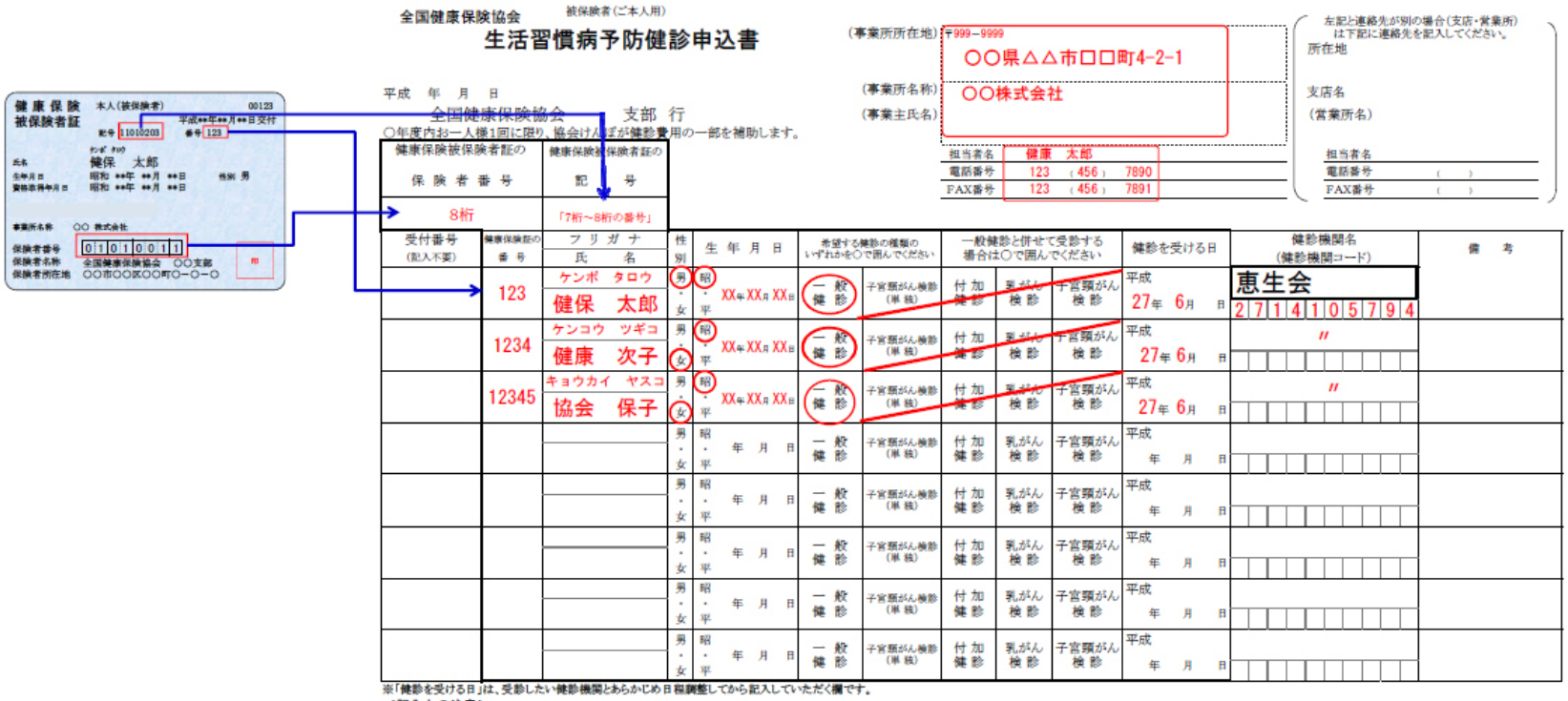
②申込書を協会けんぽへ郵送する。
〒630-8535　奈良市大宮町 7-1-33　奈良ｾﾝﾀｰﾋﾞﾙ 4F
全国健康保険協会　奈良支部御中
TEL0742-30-3700

③申込書コピーを商工会事務局へ FAX(62-1946)する。→個人カルテを作成し、御社へ送付します。

＊申込書は天理市商工会ホームページからもダウンロードできます。

記　入　例

※健診機関名⇒恵生会　コード⇒2714105794



健康保険 被保険者証　本人（被保険者）　00123
記号 11010203　番号 123　平成**年**月**日交付
氏名 ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ 健保　太郎　性別 男
生年月日 昭和 **年 **月 **日
資格取得年月日 昭和 **年 **月 **日
事業所名称 ○○ 株式会社
保険者番号 0 1 0 1 0 0 1 1
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○市○○区○○町○－○－○

全国健康保険協会　被保険者（ご本人用）

生活習慣病予防健診申込書

平成　年　月　日
全国健康保険協会　支部　行
○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号
8桁	「7桁～8桁の番号」

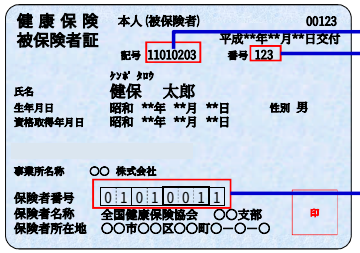
（事業所所在地）〒999－9999 ○○県△△市□□町4-2-1
（事業所名称）○○株式会社
（事業主氏名）
担当者名 健康　太郎
電話番号 123 （ 456 ） 7890
FAX番号 123 （ 456 ） 7891

左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）は下記に連絡先を記入してください。
所在地
支店名
（営業所名）
担当者名
電話番号 （　）
FAX番号 （　）

受付番号（記入不要）	健康保険証の番号	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを○で囲んでください		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			健診を受ける日	健診機関名（健診機関コード）	備考
					一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診			
	123	ケンポ　タロウ 健保　太郎	男・女	昭・平 XX年XX月XX日	一般健診					平成 27年 6月 日	恵生会 2714105794	
	1234	ケンコウ　ツギコ 健康　次子	男・女	昭・平 XX年XX月XX日	一般健診					平成 27年 6月 日	〃	
	12345	キョウカイ　ヤスコ 協会　保子	男・女	昭・平 XX年XX月XX日	一般健診					平成 27年 6月 日	〃	
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		

※「健診を受ける日」は、受診したい健診機関とあらかじめ日程調整してから記入していただく欄です。

＜記入上の注意＞
(1) 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診（単独）」を○で囲んでください。
(2) 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んでください。
(3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
(4) 健診機関名は、健診を受ける健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関一覧表などを参照し記入してください。
(5) 検診車による健診受診を希望される事業所にあっては、事業所単位で記入してください。
（注）今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。
（注）この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健指導（特定保健指導を含む）・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。



全国健康保険協会　　被保険者（ご本人用）

生活習慣病予防健診申込書

平成　年　月　日

全国健康保険協会　　支部　行

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号
8桁	「7桁～8桁の番号」

（事業所所在地）〒999－9999 ○○県△△市□□町4-2-1

（事業所名称）○○株式会社

（事業主氏名）

担当者名	健康　太郎		
電話番号	123	（456）	7890
FAX番号	123	（456）	7891

左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）は下記に連絡先を記入してください。

所在地

支店名

（営業所名）

担当者名			
電話番号		（　）	
FAX番号		（　）	

受付番号（記入不要）	健康保険証の番号	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを○で囲んでください		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			健診を受ける日	健診機関名（健診機関コード）	備考
	123	ケンポ　タロウ 健保　太郎	男・女	昭・平 XX年 XX月 XX日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 27年 6月 日	恵生会 2714105794	
	1234	ケンコウ　ツギコ 健康　次子	男・女	昭・平 XX年 XX月 XX日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 27年 6月 日	〃	
	12345	キョウカイ　ヤスコ 協会　保子	男・女	昭・平 XX年 XX月 XX日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 27年 6月 日	〃	
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日		

※「健診を受ける日」は、受診したい健診機関とあらかじめ日程調整してから記入していただく欄です。

＜記入上の注意＞

(1) 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
　また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診（単独）」を○で囲んでください。
(2) 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んでください。
(3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
(4) 健診機関名は、健診を受ける健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関一覧表などを参照し記入してください。
(5) 検診車による健診受診を希望される事業所にあっては、事業所単位で記入してください。

（注） 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

（注） この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導（特定保健指導を含む）・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

全国健康保険協会

加入者(ご本人用)

生活習慣病予防健診申込書

平成　年　月　日

全国健康保険協会　　支部　行

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

健康保険被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号

(事業所所在地) 〒　－

(事業所名称)

担当者名

電話番号　(　　)

FAX番号　(　　)

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は記入してください。

所在地　〒　　－

支店名

(営業所名)

担当者名

電話番号

FAX番号

受付番号(記入不要)	健康保険証の番号	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを○で囲んでください		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			健診を受ける日	健診機関名(健診機関コード)	備考
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		

※「健診を受ける日」は、受診したい健診機関とあらかじめ日程調整してから記入していただく欄です。

巡回検診車の希望の有無	有・無

＜記入上の注意＞

(1) 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んで下さい。
また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んでください。
(2) 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んでください。
(3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
(4) 健診機関名は、健診を受ける健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関一覧表などを参照し記入してください。
(5) 検診車による健診受診を希望される事業所にあっては、事業所単位で記入してください。

(注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

(注) この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

受付印