



事業所名称： _____

ご担当者様： _____

保険者番号： _____

保険証記号： _____

ご連絡先： _____

調査表・ 検査キット 送付先住所	〒 _____		協会けんぽ補助対象者は【当該年度35歳～74歳まで】の方です ※75才の誕生日の前日まで受診可能
お支払 方法	☐ 当日窓口にてお支払い ☐ 後日、請求書にてお振込み		

会社請求の範囲をご記入ください。（例）健診代金のみ、差額は自己負担など。
請求書送付先が上記と異なる場合はこちらにご記入下さい。

保険証番号	フリガナ	性別	生年月日	健診コース(希望コースの欄に○を記入)									受診日	集合時間	備考
	氏名			35歳以上		40・45・50・55・60・65・70歳	34歳以下		婦人科希望の方						
				一般	ドック	付加	若年		内診	乳房検査					
				5,282円	15,000円	7,971円	胃便あり 19,800円	胃便なし 9,900円	3,300円	マンモ 5,500円	エコー 4,400円	画像セット 7,800円			
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	
			年 月 日										月	:	

申込書はご予約後、FAXまたはメールにてさわやか済世へ送信をお願いします

F A X : 03-3846-3732