

令和7年度 健康診断申込書

事業所名																			
所在地																			
代表者名						TEL						FAX							
保険区分	健康保険の種類	国保		社保		社会保険者番号						社会保険証の記号							

受診機関 どちらかに ○	希望日	(ふりがな) 受診者名	年齢	性別	社保 加入 5200	A 9100	B 2700	C 1500	D 600	AB CD 12400	オプション検査 I								オプション検査 II (あらかわ医院のみ)			オプション検査 III (瀬戸健康管理センターのみ)					料金	社会保険証の番号
											E 2800	F 3500	G 1700	H 2100	I 2100	J 2500	K 2500	L 7600	M 7600	N 4900	O 5000	P 3500	Q 13200	R 15400	S 69300	T 59400		
商工会	あらかわ 医院				協会 健診 (一 般 健 診)	定期 健 康 診 断	胃 健 診 (血 液 検 査)	眼 底 検 査	大 腸 ガ ン 検 査	一 括 検 査	B 型 ・ C 型 肝 炎	B ・ C 型 肝 炎	ビ ロ リ 菌 検 査	前 立 腺 が ん	大 腸 ・ 胃 ・ 脾 臓 ・ 胆 道 ・ 胃 ・ 大 腸 が ん	脾 臓 ・ 胃 ・ 脾 臓 ・ 肺 ・ 乳 が ん	卵 巣 ・ 子 宮 が ん	男 性 向 か ん 検 査 (H ・ I ・ J ・ K)	女 性 向 か ん 検 査 (H ・ I ・ J ・ K)	甲 状 腺 機 能 検 査	乳 房 マ ン モ グ ラ フ イ	子 宮 頸 部 細 胞 診	ロ ック ス イ ン デ ッ ク ス	フ ロ ー ラ ス キ ヤ ン	マ イ シ グ ナ ル (オ ー ル イ ン ワ ン)	マ イ シ グ ナ ル (7 が ん 種 セ ット)		
1	/	(ふりがな) (S・H)		男 ・ 女																								
2	/	(ふりがな) (S・H)		男 ・ 女																								
3	/	(ふりがな) (S・H)		男 ・ 女																								
4	/	(ふりがな) (S・H)		男 ・ 女																								

・既に別の機関で協会健診(一般健診)を受診されている方、社会保険の扶養となっている方が、協会健診(一般健診)の受診を希望された場合は健診料が18,865円となります。