

# 健診お申込みカード

健康診断のお申込みありがとうございます。お申込みにあたり、確認させていただきたい内容がございます。

**太枠内**の確認事項について、お手数ですがご回答の上、ご返信くださいますようお願い申し上げます。

## ▼基本情報

2023.3

事業所名称	カナ		
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
担当者名		加入 健康保険組合	協会けんぽ（ ）支部
業種			その他（ ）健康保険組合

## ▼健診内容等 該当の□に✓をしてください

受診場所	<input type="checkbox"/> 本部健診センター(鳥取) <input type="checkbox"/> 中部健康管理センター(倉吉) <input type="checkbox"/> 西部健康管理センター(米子)		
希望時期・人数	( )月頃 合計( )名 1日あたり( )名 ※調整により、ご希望の時期が前後する場合がございます。ご希望時期が直近の事業所からご案内させていただきます。		
その他要望 (時間帯・曜日など)			

## ▼受診者内訳 ※2023年度より健診料金に変更になります。

健診コース	生活習慣病予防健診 ( )名 ※胃がん検診・大腸がん検診を含む健診	
	定期健康診断 ( )名 ※労働安全衛生規則に定められている法定健診	
	その他 ( )名 ※人間ドック・特定業務従事者健診など	
追加検査	胃カメラ ( )名	※追加料金があります。 また、健康保険組合等の契約上実施できない場合があります。 ※枠数に制限があるためご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。
	うち、婦人科健診あり ( )名	
	腹部エコー ( )名	※協会けんぽ付加健診含む
	婦人科検診 ( )名	※市町村の受診券をご利用の場合、別日でのご案内となる場合がございます。 集団健診のご利用も検討ください。
	→内、乳がん検診(マンモグラフィー ( )名)(乳房エコー ( )名)、(子宮頸がん検診 ( )名)	
特殊健診 (有機 ( )名・特化 ( )名・その他 ( ))		

## ▼送付物について ※上記基本情報と異なる場合のみ記入してください。

送付先	問診票、検査キット (〒 )
	事業所用結果 (〒 )
	個人用結果 (〒 )

## ▼お支払いについて 該当の□に✓をしてください

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 全額窓口支払い	
	<input type="checkbox"/> 一部窓口支払い ( ) 例:婦人科検診のみ窓口支払 等	
	<input type="checkbox"/> 後日請求書発行 送付先	<input type="checkbox"/> 基本情報住所
		<input type="checkbox"/> その他 (〒 )

お申込みカードは当事業団【ファックス番号:0857-23-4892】へ送信してください。

お問い合わせ先:公益財団法人鳥取県保健事業団 企画調整課 〒680-0845 鳥取市富安二丁目94番4 TEL:0857-30-4882