

## 令和8年度 生活習慣病予防健診申込書

お申込み日	令和            年            月            日		
ふりがな 事業所名		ふりがな ご担当者名	
電話番号		FAX番号	
事業所住所	〒		
保険者番号		保険証の記号	

## ★申込内容（人数をご記入ください）

	申込 人数	内訳		
		一般健診	節目健診 (2,780円追加) ※1	一般健診(若年) (2,500円) ※2
協会けんぽ (5,500円) 生活習慣病予防健診				
子宮頸がん検診単独 (990円) ※3				
定期健康診断 (約19,000円) 労働安全衛生規則第44条				
その他	●1日あたり：                    人まで可 ●ご希望月：            月～            月			

※1 対象者は40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の方

※2 対象者は20歳、25歳、30歳の方。胃・大腸がん検診の検査項目を除く

※3 20歳～38歳の偶数年齢の女性

【申込先】 公立八鹿病院 健康センター・人間ドック室  
〒667-8555 養父市八鹿町八鹿1878-1

**FAX 079-662-3820**

【お問い合わせ】 TEL 079-662-5555 (13:30～16:30)

※一次募集：3月 9日(月)～ 郵送のみ受付可

※二次募集：3月30日(月)～ 郵送またはFAXにて受付

※二次募集に先立ってFAX受診した場合、受付を行わず二次募集開始日まで保留とします

## 令和8年度 生活習慣病予防健診申込者名簿

R8.2

## 【事業所名】

--

## 胃部検査を希望しない理由

- ①治療中（医師の指示）  
②今年度検査済・検査予定  
③アレルギー等の身体的理由

生活習慣病予防健診の胃部検査は必須項目です。  
自己都合によるキャンセルは補助対象外となります。右記より理由を選択してください。

フリガナ		健診コース	胃部検査	女性の検診	※当院記入欄※
氏名		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 節目	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診（助成：有・無）	【受診決定日】
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般(若年)	理由：① ② ③		年
性別	男・女	<input type="checkbox"/> 子宮単独			月 日
保険証番号	カルテ番号		備考欄(希望月・曜日等はこちらへご記入下さい)		
住所	〒				
フリガナ		健診コース	胃部検査	女性の検診	※当院記入欄※
氏名		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 節目	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診（助成：有・無）	【受診決定日】
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般(若年)	理由：① ② ③		年
性別	男・女	<input type="checkbox"/> 子宮単独			月 日
保険証番号	カルテ番号		備考欄(希望月・曜日等はこちらへご記入下さい)		
住所	〒				
フリガナ		健診コース	胃部検査	女性の検診	※当院記入欄※
氏名		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 節目	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診（助成：有・無）	【受診決定日】
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般(若年)	理由：① ② ③		年
性別	男・女	<input type="checkbox"/> 子宮単独			月 日
保険証番号	カルテ番号		備考欄(希望月・曜日等はこちらへご記入下さい)		
住所	〒				
フリガナ		健診コース	胃部検査	女性の検診	※当院記入欄※
氏名		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 節目	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診（助成：有・無）	【受診決定日】
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般(若年)	理由：① ② ③		年
性別	男・女	<input type="checkbox"/> 子宮単独			月 日
保険証番号	カルテ番号		備考欄(希望月・曜日等はこちらへご記入下さい)		
住所	〒				
フリガナ		健診コース	胃部検査	女性の検診	※当院記入欄※
氏名		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 節目	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（助成：有・無） <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診（助成：有・無）	【受診決定日】
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般(若年)	理由：① ② ③		年
性別	男・女	<input type="checkbox"/> 子宮単独			月 日
保険証番号	カルテ番号		備考欄(希望月・曜日等はこちらへご記入下さい)		
住所	〒				