

## 2022年度 協会けんぽ生活習慣病予防健診確認書

こちらの申込用紙は2022年度の内容になります。お申込み後の内容変更は対応いたしかねますのでご了承ください。

|       |  |       |          |
|-------|--|-------|----------|
| フリガナ  |  | 保険者番号 | 健康保険証の記号 |
| 事業所名称 |  |       |          |
| フリガナ  |  | TEL   | FAX      |
| 担当者   |  |       |          |

**\* 資料・結果の送付先** 会社単位で統一となります。ご希望の送付先を○でお囲みください。

資料送付先: 自宅 ・ 会社

結果送付先: 自宅 ・ 会社 会社へ送付をご希望の場合、下記に送付先をご記入ください。



〒

該当する にレ点を打ってください。

## 1、支払方法

**\* 会社単位で統一となります。**

**\* 当日のお支払いは、クレジットカードのご利用をお願いいたします。**  
クレジットカードの利用が難しい場合は、コンビニ振り込みでお願いいたします。

全てを窓口支払い(個人別にて領収書発行)

領収書の宛名は、下記のいずれかをお選びください。

- {  個人名  
 会社名 (備考欄に受診者の氏名を記載します)

全てを会社請求(当院独自オプション検査を含む)

(※月末締め【請求書は受診した翌月の当院稼働日初日に発行いたします】)

請求書送付先

〒

## 2、健康診断結果等、個人情報の取得について

健康診断個人票(会社控え)を事業主へお渡することは、本人の了解を得ている場合に可能です。

健康診断個人票の送付先を事業所にご希望の場合は、下記にレ点とご署名をお願いいたします。

(※健康診断個人票は、受診した月ごとにまとめて翌月の中旬頃に発送いたします)

健康診断個人票は事業所に発送を依頼します【各個人に個人情報の取得の確認、承諾済み】

ご担当者様のご署名をお願いいたします。

会社名

\_\_\_\_\_

ご署名

\_\_\_\_\_

## 2022年度 協会けんぽ生活習慣病予防健診確認書

こちらの申込用紙は2022年度の内容になります。お申込み後の内容変更は対応いたしかねますのでご了承ください。

### 3、健診コース

初回申込にて受診される方の人数をご記入ください。

| コース                              | 基本/バリウム | 胃カメラ |
|----------------------------------|---------|------|
| 一般健診(補助あり[35歳以上かつ協会けんぽ加入者])      |         |      |
| 一般健診(補助あり)及び付加健診(補助あり [40歳・50歳]) |         |      |
| 一般健診(補助あり)+付加健診(補助なし)            |         |      |
| 子宮頸がん(単独)[20～38歳(偶数年齢の女性)]       |         |      |
| 一般健診(補助なし)[34歳以下、協会けんぽ未加入者]      |         |      |
| 一般健診(補助なし)+付加健診(補助なし)            |         |      |

※付加健診・・・年度年齢40歳、50歳の方は一部健保より補助が出来ます。  
腹部超音波検査・眼底写真・肺活量検査・血液検査7項目・尿沈渣などが追加できるセットです。

協会けんぽ生活習慣病予防健診以外の健診コースをご希望の方がいる場合は、

下記の該当する  にレ点を打ってください。

| コース    | 項目  |
|--------|---|
| 定期健康診断 | <input type="checkbox"/> 昨年同様 <input type="checkbox"/> 労働安全衛生法に基づく項目 <input type="checkbox"/> 全項目 |
|        | クレアチニン検査: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                   |
| 特殊健康診断 | <input type="checkbox"/> 昨年同様 <input type="checkbox"/> その他( )                                     |

※クレアチニン検査・・・2018年度より労働安全衛生法に基づく検査項目で実施を推奨しております。  
実施ご希望の場合は、別途料金220円(税込)が追加となります。

### 4、補助券利用の有無

愛知県中小企業共済  わーくりい知多(対象:35歳以上、一般健診+付加健診)

### 5、申込み方法

ご希望の申込み方法を○でお囲みください。

**WEB**

・

**FAX**