

若年層健診申込書

星ヶ丘医療センター健康管理センター 宛
(健康管理センターFAX:072-840-3955)

☆ 対象者 協会けんぽの35才未満の被保険者
及び健診を受ける機会のない貴社お勤め中の被扶養者等の方

☆ 費用 9,630円(税込み)※消費税率に準じて料金を変更することがございます。
注1)若年者健診では、胃部X線は含まれておりません
ただし、オプションとして別途9,320円(税込み)で検査可能です
注2)乳がん検診を希望される方は、
マンモグラフィー1方向撮影で別途3,619円(税込み)必要となります
注3)子宮がん検診を希望される方は、別途3,463円(税込み)必要となります
注4)単独子宮頸がん(対象者のみ)を受診希望の方は協会けんぽの
生活習慣病予防健診申込書を併せて、FAX または郵送ください。

☆ 検査内容 協会けんぽの生活習慣病予防健診の一般健診から胃検査を除いた
項目になります。

☆ 実施時期 本年度も4月から実施いたします。

☆ 申込方法 郵送か、FAXでお願いいたします

(事業所所在地)
〒 -

(事業所名称)

担当者名 _____

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

左記と連絡先が異なる場合(支店・営業所)
は記入して下さい。
所在地 〒 -

支店名(営業所名)

担当者 _____

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号			※H29年度より子宮がん健診価格改定有り						
健康保険証 の番号	フリガナ	性 別	生 年 月 日	保険区分	希望する検査に○をして下さい				健診希望 年 月	備 考	
	氏 名				(注1)	(注2)	(注3)	(注4)			
		男	昭	本人	胃バリウム (別途9320円)	乳がん	子宮がん	単独	年 月 日		
		女	平	被扶養 配偶者		マンモグラフィー 1方向撮影		子宮頸がん			
		男	昭	本人	胃バリウム (別途9320円)	乳がん	子宮がん	単独	年 月 日		
		女	平	被扶養 配偶者		マンモグラフィー 1方向撮影		子宮頸がん			
		男	昭	本人	胃バリウム (別途9320円)	乳がん	子宮がん	単独	年 月 日		
		女	平	被扶養 配偶者		マンモグラフィー 1方向撮影		子宮頸がん			
		男	昭	本人	胃バリウム (別途9320円)	乳がん	子宮がん	単独	年 月 日		
		女	平	被扶養 配偶者		マンモグラフィー 1方向撮影		子宮頸がん			
		男	昭	本人	胃バリウム (別途9320円)	乳がん	子宮がん	単独	年 月 日		
		女	平	被扶養 配偶者		マンモグラフィー 1方向撮影		子宮頸がん			

若年層健診申込書

2025/4/1

星ヶ丘医療センター健康管理センター 宛

(健康管理センターFAX:072-840-3955)

☆ 対象者 協会けんぽの35才未満の被保険者
及び健診を受ける機会のない貴社お勤め中の被扶養者等の方

☆ 費用 9,630円(税込み)※消費税率に準じて料金は変更することがございます。

注1)若年者健診では、胃部X線は含まれておりません

ただし、オプションとして別途9,320円(税込み)で検査可能です

注2)乳がん検診を希望される方は、

マンモグラフィ1方向撮影で別途3,619円(税込み)必要となります

注3)子宮がん検診を希望される方は、別途3,463円(税込み)必要となります

注4)単独子宮頸がん(対象者のみ)を受診希望の方は協会けんぽの
生活習慣病予防健診申込書を併せて、FAX または郵送ください。

☆ 検査内容 協会けんぽの生活習慣病予防健診の一般健診から胃検査を除いた
項目になります。

☆ 実施時期 本年度も4月から実施いたします

☆ 申込方法 郵送か、FAXでお願いいたします

保険証と同じ漢字、
フリガナを記入

(事業所所在地)
〒 -

(事業所名称)

担当者名 _____

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

左記と連絡先が異なる場合(支店・営業所)
は記入して下さい。
所在地 〒 -

支店名(営業所名)

担当者 _____

電話番号 () _____

必ず連絡がつく電話番号を記載下さい

健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号		希望する検査に○をして下さい				健診希望	備考	
健康保険証 の番号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	保険区分	(注1)	(注2)	(注3)	(注4)	年 月 日	
1270016	ホシガオカ ハナコ	男	50・12・1	本人	胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
11111	星ヶ丘 花子	女	平	被扶養 配偶者	胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
健康保険被保険者証 本人(被保険者) 令和4年1月1日交付					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
記号 2222222 番号 11111					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
ホシガオカ ハナコ					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
氏名 星ヶ丘 花子					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
生年月日 昭和 50年 12月 1日					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
性別 女					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
資格取得年月日 令和 4年 1月 1日					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
事業所名称 株式会社 星ヶ丘					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
保険者番号 01270016					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
保険者名称 全国健康保険協会 大阪支部					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	
保険者所在地 大阪府枚方市星丘4-8-1					胃バリウム (別途9320円)	乳がん マンモグラフィ 1方向撮影	子宮がん	単独 子宮頸がん	年 月 日	

郵送又はFAXの場合
3週間先以降の日付をご記入下さい