

健康診断申込用紙

申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

※健康保険証枝番のご記入は不要です。

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		紀陽銀行健康保険組合										2026年			
健康保険証の記号・番号		記号		□ □		番号		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □							
被保険者からみた続柄		<input checked="" type="checkbox"/> 2. 配偶者													
受診者	フリガナ														
	氏名 (健康保険証の記載氏名)														
	生年月日	昭和		年		月		日							
	性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女											
	住所	郵便番号	-					都道府県							
	市区郡町名 番地 マンション名など														
電話	- -														
被保険者	勤務事業所名														
	氏名														

■希望会場(「健康診断会場一覧」をご覧ください。会場コード・会場名を必ずご記入ください)

※会場コード 201、239、280、401、420、480 をご希望の方は後日、ご自身で健診日を予約していただきます。
 ※乳房検査(マンモグラフィ法)・骨粗鬆症検査は実施していない会場がございます。「健康診断会場一覧」でご確認ください。
 ※男性の方は、男性受診可能会場欄に●印のある会場よりお選びください(男性専用会場ではございません)。
 ※ご記入の会場コードと会場名が一致しない場合は、会場名を優先して受付いたします。

	実施会場コード	会場名
第一希望	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
第二希望	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
第三希望	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	

■オプション検査項目(ご希望の検査の□に✓印をつけてください)

(税10%含)			
	項目名	コード	自己負担金
<input type="checkbox"/>	胃部検査(胃部X線検査)	200	無料
<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法)	301	無料
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法)	303	無料
<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法+マンモグラフィ法)	312	6,600円
<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診)	402	無料
<input type="checkbox"/>	大腸検査(便潜血検査2回法)	504	無料
<input type="checkbox"/>	腹部検査(超音波検査法)	803	無料
<input type="checkbox"/>	眼底検査(両眼)	081	1,980円
<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症検査(※近畿地区のみ)	601	2,200円

※乳房検査(超音波検査法・マンモグラフィ法)を両方受診される場合は、6,600円(税10%含)の負担金が必要となります。

※骨粗鬆症検査は近畿地区のみの実施となります。

※欄外にご記入いただいたご要望・ご意見には対応できません。所定の欄のみご記入ください。

403