

事業所健診申込書類のご案内

〔② その他健康保険組合 加入事業所用〕

- ・ 下記申込書類一式を、**FAX (054-273-2126)** にてお送りください。
- ・ 名簿には、**健診希望日**を必ず記入してください。
- ・ 御予約は、**申込書類到着順**となります。お申込みの時期・タイミングによっては、ご予約確定までにお時間がかかる場合があります。
- ・ お申込み健診コース及びオプション検査については、ご加入の健康保険組合様からのご案内資料 及び 別紙「健康診断料金表」を参考に、受診者名簿に記載してください。

(1) 事業所情報登録申込書

- ・ 全事業所様に、**全項目記載 及び 毎年のご提出**をお願いしております。

(2) 健康診断受診者名簿

- ・ 全国健康保険協会（協会けんぽ）以外の健康保険組合加入者の事業所様は、こちらの用紙でお申込みください。
- ・ 「静岡商工会議所 健康診断」は、静岡商工会議所様から事業所宛てに送られる申込書類か、静岡商工会議所ホームページにアップされている申込書類（PDF）を使用してください。
- ・ 名簿内に記載の無いオプション検査をご希望の場合は、「その他」もしくは欄外（任意の場所で可）に、オプション検査名称を記載して下さい。
- ・ ご加入の健康保険組合様によっては、一部もしくは全てのオプション検査をご受診いただけない場合があります。健康保険組合様からのご案内資料をご確認の上、お申し込みください。

【保険情報記載のお願い】

健康保険組合加入者は、受診資格確認のため、**お申込み時に保険証情報（保険者番号・保険記号・保険番号）が必要**となります。保険証情報は、「事業所情報確認書」及び「受診者名簿」に、必ず記載してください。

（マイナンバーカードを使用して、マイナポータルで保険証情報を確認する方法）

マイナポータル操作マニュアル <https://img.myna.go.jp/manual/sitemap.html>

※ 「マイナポータル」 「操作マニュアル」 で検索

事業所情報登録申込書

フリガナ			フリガナ	
貴社名			ご担当者名	
加入健保	☐ 全国健康保険協会 ☐ その他健康保険組合名 () 保険者番号 [] 保険記号 []			
ご住所①	〒			
TEL			FAX	

該当項目に☑をお願いします。(word で編集する場合、クリックで☐⇄☑が切り替わります。)

健診項目 (コース)	☐ 当健診センター所定のコースで実施 【詳細は別紙料金表(税込)を参照ください】 ☐ 簡易健診(5,500 円) ☐ 定期健康診断(9,900 円) ☐ 生活習慣病(19,800 円) ☐ 人間ドック(41,800 円)	
	☐ 全国健康保険協会のコースで実施 【健保から送付された対象者一覧表と一緒に送ってください】	
	☐ 健康保険組合指定の項目で実施 (健康保険組合名)	
	☐ 【東振協】のコース項目で実施 (健康保険組合名) コース A ・ A1 ・ A2 ・ B ・ B1 ・ B2 ・ D1 ・ D2	
	☐ 貴社指定の項目で実施 【指定項目を申込書と一緒に送ってください】	
希望受診期間 (受診者全員の 最初と最後の日程)	●第一希望 年 月 日 ~ 年 月 日 ●第二希望 年 月 日 ~ 年 月 日 ※予約確定後連絡 ☐ 要 (電話 ・ FAX) ☐ 不要	
資料送付先 (問診票・キット)	☐ 住所①へ送付	
	☐ その他 〒 担当者名:() TEL:()	
	☐ 受診者自宅 〒	
健診結果送付先	本人用	☐ 住所①へ送付 ☐ 受診者自宅 ☐ その他 〒 担当者名:() TEL:()
	事業所控 ※東振協コースに 控えはありません。	☐ 本人用結果に同封 「本人用」「事業所控」とも本人宛に発送します。「事業所控」を本人から事業所へ提出する方法です。 ☐ 事業所控を、受診者同意のうえ、ご担当者様に直接送付する方法です。
		☐ ご担当者様へ送付 ☐ 住所①へ送付 ☐ その他 〒 担当者名:() TEL:()
		☐ 控え不要
	精算方法	☐ 事業所請求 住所①へ請求書を送付 ※御見積書が必要な場合はご連絡ください。
☐ その他へ請求 事業所名() 住所: 〒 担当者名:() TEL:()		
☐ 窓口精算 ☐ 受診時に個別で支払 ☐ 担当者一括 ☐ オプション検査のみ個別で支払		
その他		

健康診断受診者名簿

送付先：静岡市静岡医師会健診センター
FAX：054-273-2126

- ・協会けんぽ一般健診を受診される方（協会けんぽ加入、35歳以上）は、別様式"【協会けんぽコース】受診者名簿"をご使用ください。

・印刷した状態で、希望する健診コース・オプション検査が正確に○で示されているか、必ずご確認ください。

・指定検査項目がある場合は、検査項目が分かる資料も一緒にFAXしてください。
- 2025_V2

記入日	貴事業所名	加入健保情報		ご住所	ご連絡先	ご担当者名
/ 	フリ ガナ	健保名称		〒	TEL：	部署：
		保険者番号			FAX：	氏名：
		保険記号				

① 保険 番号	②氏名		④ 性 別	⑤健診コース		⑦ 健診希望日	
	フリガナ	氏名		ご希望のコースに○をつけて下さい。 ※【東振協】はコース記号を、【その他】はコース名称等を記入してください。		第1希望	第2希望
	③生年月日			⑥オプション検査			
本人 ・ 家族			男 ・ 女	[MEDIO] ・ 定期健診 ・ 生活習慣病 ・ 人間ドック 【東振協】 コース記号() 【その他】 コース名称等()			
				・ 胃がんリスク検診(ABC検診) ・ 胃カメラ ・ 腫瘍マーカー ・ 前立腺(PSA) ・ 腹部超音波 ・ 頸動脈超音波 ・ 眼底 ・ 眼圧			
	生年 月日	年 月 日		・ 子宮頸がん検査(+①経膈超音波+②HPV) ・ マンモ1方向 ・ マンモ2方向 ・ 乳房超音波 ・ 骨密度 ・ その他()			
本人 ・ 家族			男 ・ 女	[MEDIO] ・ 定期健診 ・ 生活習慣病 ・ 人間ドック 【東振協】 コース記号() 【その他】 コース名称等()			
				・ 胃がんリスク検診(ABC検診) ・ 胃カメラ ・ 腫瘍マーカー ・ 前立腺(PSA) ・ 腹部超音波 ・ 頸動脈超音波 ・ 眼底 ・ 眼圧			
	生年 月日	年 月 日		・ 子宮頸がん検査(+①経膈超音波+②HPV) ・ マンモ1方向 ・ マンモ2方向 ・ 乳房超音波 ・ 骨密度 ・ その他()			
本人 ・ 家族			男 ・ 女	[MEDIO] ・ 定期健診 ・ 生活習慣病 ・ 人間ドック 【東振協】 コース記号() 【その他】 コース名称等()			
				・ 胃がんリスク検診(ABC検診) ・ 胃カメラ ・ 腫瘍マーカー ・ 前立腺(PSA) ・ 腹部超音波 ・ 頸動脈超音波 ・ 眼底 ・ 眼圧			
	生年 月日	年 月 日		・ 子宮頸がん検査(+①経膈超音波+②HPV) ・ マンモ1方向 ・ マンモ2方向 ・ 乳房超音波 ・ 骨密度 ・ その他()			
本人 ・ 家族			男 ・ 女	[MEDIO] ・ 定期健診 ・ 生活習慣病 ・ 人間ドック 【東振協】 コース記号() 【その他】 コース名称等()			
				・ 胃がんリスク検診(ABC検診) ・ 胃カメラ ・ 腫瘍マーカー ・ 前立腺(PSA) ・ 腹部超音波 ・ 頸動脈超音波 ・ 眼底 ・ 眼圧			
	生年 月日	年 月 日		・ 子宮頸がん検査(+①経膈超音波+②HPV) ・ マンモ1方向 ・ マンモ2方向 ・ 乳房超音波 ・ 骨密度 ・ その他()			
本人 ・ 家族			男 ・ 女	[MEDIO] ・ 定期健診 ・ 生活習慣病 ・ 人間ドック 【東振協】 コース記号() 【その他】 コース名称等()			
				・ 胃がんリスク検診(ABC検診) ・ 胃カメラ ・ 腫瘍マーカー ・ 前立腺(PSA) ・ 腹部超音波 ・ 頸動脈超音波 ・ 眼底 ・ 眼圧			
	生年 月日	年 月 日		・ 子宮頸がん検査(+①経膈超音波+②HPV) ・ マンモ1方向 ・ マンモ2方向 ・ 乳房超音波 ・ 骨密度 ・ その他()			