

2026年度(令和8年度) 事業所登録票

※要返信※ 太枠内は記入必須

■事業所登録■			■お支払い方法登録(複数選択不可)■						
(フリガナ) 事業所名称			右記4パターンからご希望方法の欄 にチェック✓をお願いします		①	②	③	④	
住所	〒		企業用結果控え送付		送付あり	送付あり	送付なし	送付あり	
TEL			一般健診	35~74歳	企業支払	企業支払	全て 窓口支払	全て 企業支払	
(フリガナ) ご担当者氏名			節目健診	40・45・50・55・ 60・65・70歳					
保険者番号			人間ドック健診	35~74歳					
保険証記号			若年層健診	20歳・25歳・30歳					
※請求書の送付先が上記と異なる場合はご記入下さい			女性 のみ	乳がん検診	窓口支払	窓口支払	窓口支払	窓口支払	
請求書送付先	〒			子宮頸がん検診					36~74歳 偶数年齢
	TEL			骨粗鬆症検診					40~74歳 偶数年齢
	(フリガナ) 担当者氏名			肝炎ウィルス検査 オプション(胃カメラ変更料金含む)					

【受診時の留意事項】

1.領収書の宛名について

個人負担の領収書の宛名に、企業名をご希望の場合は、必ず事前にお申し出下さい。

2.被保険者資格について

退職等により被保険者資格喪失された場合、補助を受けての受診は出来ません。

3.支払い方法

補助対象 : 年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

請求書送付 : 企業支払いの場合、月末締めで翌月10日以降に請求書を事業所へ送付いたします。

新行橋病院 健診室

電話番号 : 0930-58-4321

FAX番号 : 0930-25-2882

E-mail [kenshin@shinyukuhashihospital.or.jp](mailto:kenshin@shinyukuhashihospital.or.jp)

申込書類B  
(一般・節目・若年層)

※要返信※

2026年度(令和8年度)生活習慣病予防健診(一般・節目・若年層)申込書

新行橋病院 FAX番号 : 0930-25-2882

申 込 日 20 年 月 日

事業所名	ご担当者氏名	電話番号 (お問い合わせ先)	FAX番号 or E-MAILアドレス

①対象年齢にご注意ください ②該当項目にチェック「○」してください			変更点 検査項目はセット受診の為、胃部検査は含まれます。胃部をキャンセルの場合は協会けんぽに連絡が必要となりました。	一般健診										節目健診		若年層	女性のみ 偶数年齢				受診期間	毎月1日～17日				
				キャンセル 番号	① 治療中(医師からの指示)			必須選択		胃部希望なし	(胃・便)選択制			5歳刻み		胃部希望なし	20歳 25歳 30歳	40歳以上			20～38歳	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	子宮単独検診	注意事項	18日～月末までの 受入不可
					② 受診前に他健診等で検査を実施	40～69歳	40～74歳	35～39歳			40～65歳	40～70歳														
					③ アレルギーなど	バリウム	胃カメラ	キャンセル番号	バリウム		胃カメラ	胃部希望なし	便希望なし	バリウム	胃カメラ											
保険証番号	セイ	メイ	生年月日 (和暦表記)	年度 年齢	性別	住所 / 電話番号		バリウム	胃カメラ	キャンセル番号	バリウム	胃カメラ	胃部希望なし	便希望なし	バリウム	胃カメラ	キャンセル番号	胃部検査・ 便検査は、 含まれて おりません	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	子宮単独検診	希望日		当院 使用欄	
番号を 記入して ください	姓	名				※住民票の住所を記載して下さい 住民票と異なる場合はお申し出下さい																		第3希望までご記入下さい	ご受診日	
保険証番号			和暦	年	男	〒																	毎月1日～17日まで			
			S H	月 日 歳	女	TEL																	/	/	/	/
オプション検査 (ご希望の検査に○をつけてください)			頭部MRI/MRA・胸部CT・大腸内視鏡検査・マンモグラフィー(1方向 2方向)・乳房超音波検査・子宮頸がん検査・腫瘍マーカー(A B C E F)コース・前立腺PSA・骨密度検査・PET検査																							
保険証番号			和暦	年	男	〒																	毎月1日～17日まで			
			S H	月 日 歳	女	TEL																	/	/	/	/
オプション検査 (ご希望の検査に○をつけてください)			頭部MRI/MRA・胸部CT・大腸内視鏡検査・マンモグラフィー(1方向 2方向)・乳房超音波検査・子宮頸がん検査・腫瘍マーカー(A B C E F)コース・前立腺PSA・骨密度検査・PET検査																							
保険証番号			和暦	年	男	〒																	毎月1日～17日まで			
			S H	月 日 歳	女	TEL																	/	/	/	/
オプション検査 (ご希望の検査に○をつけてください)			頭部MRI/MRA・胸部CT・大腸内視鏡検査・マンモグラフィー(1方向 2方向)・乳房超音波検査・子宮頸がん検査・腫瘍マーカー(A B C E F)コース・前立腺PSA・骨密度検査・PET検査																							
保険証番号			和暦	年	男	〒																	毎月1日～17日まで			
			S H	月 日 歳	女	TEL																	/	/	/	/
オプション検査 (ご希望の検査に○をつけてください)			頭部MRI/MRA・胸部CT・大腸内視鏡検査・マンモグラフィー(1方向 2方向)・乳房超音波検査・子宮頸がん検査・腫瘍マーカー(A B C E F)コース・前立腺PSA・骨密度検査・PET検査																							
保険証番号			和暦	年	男	〒																	毎月1日～17日まで			
			S H	月 日 歳	女	TEL																	/	/	/	/
オプション検査 (ご希望の検査に○をつけてください)			頭部MRI/MRA・胸部CT・大腸内視鏡検査・マンモグラフィー(1方向 2方向)・乳房超音波検査・子宮頸がん検査・腫瘍マーカー(A B C E F)コース・前立腺PSA・骨密度検査・PET検査																							

申込書類B  
(人間ドック)

※要返信※

2026年度(令和8年度) 人間ドック健診申込書

新行橋病院 FAX番号 : 0930-25-2882

申 込 日 20 年 月 日

事業所名	ご担当者氏名	電話番号 (お問い合わせ先)	FAX番号 or E-MAILアドレス

①人間ドック 【バリウム】 【胃カメラ】 どちらかをチェック「○」 ②希望するオプション項目に、チェック「○」してください ※オプション検査には補助がありません								人間ドック		オプション項目										受診期間		毎月1日～17日			
								35～74歳		男女共通						男性		女性のみ				注意事項		18日～月末までの受入不可	
								必須選択		頭部MRI	大腸内視鏡検査	胸部CT検査	骨密度検査	PET検査	動脈硬化度検査	腫瘍マーカー	前立腺PSA検査	マンモグラフィ	乳房超音波検査	子宮頸がん検査	希望日			当院使用欄	
保険証番号	セイ	メイ	生年月日 (和暦表記)	年度 年齢	性別	住所 / 電話番号		バリウム	胃カメラ												第3希望までご記入下さい			ご受診日	
番号 を記入 してください	姓	名				※住民票の住所を記載して下さい 住民票と異なる場合はお申し出下さい															第1希望	第2希望	第3希望		
保険証番号			和暦	年	男	〒															毎月1日～17日まで			/	
			S H	月	日	歳	TEL														1方向 ・ 2方向				/
保険証番号			和暦	年	男	〒															毎月1日～17日まで			/	
			S H	月	日	歳	TEL														1方向 ・ 2方向				/
保険証番号			和暦	年	男	〒															毎月1日～17日まで			/	
			S H	月	日	歳	TEL														1方向 ・ 2方向				/
保険証番号			和暦	年	男	〒															毎月1日～17日まで			/	
			S H	月	日	歳	TEL														1方向 ・ 2方向				/
保険証番号			和暦	年	男	〒															毎月1日～17日まで			/	
			S H	月	日	歳	TEL														1方向 ・ 2方向				/
保険証番号			和暦	年	男	〒															毎月1日～17日まで			/	
			S H	月	日	歳	TEL														1方向 ・ 2方向				/

申込書類B  
(健康診断)

※要返信※

2026年度(令和8年度) 健康診断申込書

新行橋病院 FAX番号：0930-25-2882

申 込 日 20 年 月 日

事業所名	ご担当者氏名	電話番号（お問い合わせ先）	FAX番号 or E-MAILアドレス

保険証番号	セイ	メイ	生年月日 (和暦表記)	年度 年齢	性別	住所 / 電話番号	健康診断	子宮単独検診	オプション	希 望 日			当院 使用欄 ご受診日
番号を 記入して ください	姓	名				※住民票の住所を記載して下さい 住民票と異なる場合はお申し出下さい	毎月1日～ 月末まで	毎月1日～ 17日まで		第3希望までご記入下さい	第1希望	第2希望	
保険証番号			和暦	年	男	〒							
			S H	月	日	TEL					/	/	/
保険証番号			和暦	年	男	〒							
			S H	月	日	TEL					/	/	/
保険証番号			和暦	年	男	〒							
			S H	月	日	TEL					/	/	/
保険証番号			和暦	年	男	〒							
			S H	月	日	TEL					/	/	/
保険証番号			和暦	年	男	〒							
			S H	月	日	TEL					/	/	/
保険証番号			和暦	年	男	〒							
			S H	月	日	TEL					/	/	/
保険証番号			和暦	年	男	〒							
			S H	月	日	TEL					/	/	/