

申込書類A

申込日 202 年 月 日

※要返信※ 太枠内は記入必須

2026年度(令和8年度) 事業所登録票

■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	窓口支払	窓口支払	窓口支払	窓口支払	
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 40~74歳 偶数年齢	子宮頸がん検診 36~74歳 偶数年齢	骨粗鬆症検診 40~74歳 偶数年齢	肝炎ウィルス検査	オプション(胃カメラ変更料金含む)
請求書送付先	TEL						
	(フリガナ) 担当者氏名						

【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

申込書類B
(一般・節目・若年層)

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

※要返信※

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 キャンセル 番号	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 偶年年齢			受診期間	毎月1日～17日								
			① 治療中(医師からの指示)		必須選択 40～69歳 40～74歳	胃部希望なし 35～39歳	(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		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				40～65歳		40～70歳																	
			③ アレルギーなど				35～39歳		40～65歳	40～70歳																
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 キヤンセル	胃力メラ 番号	バリウム キヤンセル	胃部希望なし 便希望なし	バリウム キヤンセル	胃力メラ 番号	胃部検査・便検査は、含まれておりません	希望日			当院 使用欄 第3希望までご記入下さい					
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																				
保険証番号			和暦 S H 月 日 年 歳	年 月 日 歳	男 女	〒 TEL											毎月1日～17日まで			/ / / /						
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 S H 月 日 年 歳	年 月 日 歳	男 女	〒 TEL	毎月1日～17日まで																			/ / / /
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 S H 月 日 年 歳	年 月 日 歳	男 女	〒 TEL	毎月1日～17日まで																			/ / / /
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 S H 月 日 年 歳	年 月 日 歳	男 女	〒 TEL	毎月1日～17日まで																			/ / / /
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 S H 月 日 年 歳	年 月 日 歳	男 女	〒 TEL	毎月1日～17日まで																			/ / / /
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)

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

※要返信※

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
							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	
保険証番号	セイ	メイ	性別	生年月日 (和暦表記)	年 度 年 齢	住所 / 電話番号	バリウム	胃カメラ									注意事項		18日～月末までの受入不可	
保険証番号			和暦	年	男	〒												希望日	当院使用欄	
			S H	月	女	TEL												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	女	TEL												/ / /	/	
保険証番号			和暦	年	男	〒												毎月1日～17日まで		
			S H	月	女	TEL												/ / /	/	
保険証番号			和暦	年	男	〒												毎月1日～17日まで		
			S H	月	女	TEL												/ / /	/	
保険証番号			和暦	年	男	〒												毎月1日～17日まで		
			S H	月	女	TEL												/ / /	/	
保険証番号			和暦	年	男	〒												毎月1日～17日まで		
			S H	月	女	TEL												/ / /	/	
保険証番号			和暦	年	男	〒												毎月1日～17日まで		
			S H	月	女	TEL												/ / /	/	
保険証番号			和暦	年	男	〒												毎月1日～17日まで		
			S H	月	女	TEL												/ / /	/	

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