

お申し込みは大変混みますのでお早目のご連絡をお勧めします。

住所 〒 _____	TEL _____
	FAX _____
事業所名 _____	担当課及び担当者名 _____
<p>※ 健診結果は職場控用も含め原則としてご本人様にお返しいたします。職場への返送をご希望の方はお知らせください。</p> <p><input type="checkbox"/> 検診結果は職場に送ることを希望いたします。 <span style="margin-left: 20px;">その他のご希望 ( _____ )</span></p>	

〈 健診希望日 〉 第三希望日まで記入してください。

	健診希望日
第一希望日	
第二希望日	
第三希望日	

〈 申込人員 〉

コース	申込人員(人)	
	基本	女性セット
一日ドック	簡易コース	名
	標準コース	名
※ 二日ドック	宿泊あり	名
	宿泊なし	名

※ 二日ドックをご希望の方で、糖尿病の治療中又は管理中の方は糖負荷試験を受診できませんのでご了承ください。

〈 オプション検査 〉 申込名簿にも希望項目を記入してください。

追加可能コース	検査項目	申込人員(人)	
簡易コースに追加できます	肺機能検査		
	動脈硬化検査		
簡易・標準コースに追加できます	胸部CT検査		
	喀痰細胞診検査		
すべてのコースに追加できます	腫瘍マーカー	CEA	
		CA19-9	
		AFP	
		CA125(女性のみ)	
		SCC	★
	血液検査	ペプシノゲン	
		ヘリコバクターピロリ抗体	
		胃がんリスク検査(ABC)	★
		心機能 NT-proBNP	
		ロックスインデックス	★
	唾液検査	★	
	体組成	★	
	心臓超音波検査 (実施日をご確認ください)		
	胃内視鏡検査 (実施日をご確認ください)		
内臓脂肪測定			
骨密度測定(男性のみ)			
二日コースに追加できます	全大腸内視鏡検査 (第3木曜日のみ実施)		

※★印はR3年度からの新規オプションです。  
 ※血液流動性検査は検査材料の生産中止に伴い、R3年度から中止となりました。

〈 請求書 〉 請求先が異なる場合は、下記に請求先をご記入願います。また、請求内容の分割等がある場合はお知らせください。健診料金につきましては結果発送後、請求書をお送りいたしますので銀行振込にてお支払いいただきますようお願いいたします。

住所 〒 _____	TEL _____
宛名 _____	

〈 お申込み・お問い合わせ先 〉 公益財団法人 青森県総合健診センター  
 附属 あおもり人間ドックセンター ドック健診係まで  
 〒030-0962 青森市佃二丁目19番12号  
 TEL:017-765-2570(直通) FAX:017-765-2580(直通)

※健診等に関する個人情報について、疫学予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承ください。

※協会けんぽの生活習慣病予防健診をご利用の場合、記入してください。

健診の種類	申込人員(人)
一般健診 (年度内35歳～75歳の誕生日前日まで)	名
一般健診 + 付加健診 (年度内40・50歳)	名

なお、乳がん・子宮がん検診は、協会けんぽの助成を受けられませんので、あらかじめご了承ください。  
 \*協会けんぽをご利用される方は、必ず保険証をお持ちください。

〈 特定健診結果 〉 どちらかに○印をつけてください。

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">必要・不要</div>	※ 健保組合等に結果を提出される方は必要になります。
--	----------------------------

〈 当日支払 〉

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">有・無</div>	※ 当日支払が有の場合は、金額、内訳等を事前にお知らせください。
--	----------------------------------

〈 備考 〉

---



---



---

# 人間ドック健診申込名簿

保険者名

保険者番号

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

1 健診 希望日	フリガナ							ご希望のコースに○印をしてください		基本	女性セット	オプション検査
	氏名							コース	一日ドック	簡易コース		
生年月日	( T · S · H )	性別	男 · 女	年齢	歳		二日ドック		標準コース			
	年 月 日							宿泊あり				
自宅住所	〒 -						※ 協会けんぽの生活習慣病予防健診をご利用する場合 ご希望の健診コースを○で囲んでください				当日支払が有の場合	
保険証No	記号	番号					( 一般健診 . 一般健診 + 付加 )				円	

2 健診 希望日	フリガナ							ご希望のコースに○印をしてください		基本	女性セット	オプション検査
	氏名							コース	一日ドック	簡易コース		
生年月日	( T · S · H )	性別	男 · 女	年齢	歳		二日ドック		標準コース			
	年 月 日							宿泊あり				
自宅住所	〒 -						※ 協会けんぽの生活習慣病予防健診をご利用する場合 ご希望の健診コースを○で囲んでください				当日支払が有の場合	
保険証No	記号	番号					( 一般健診 . 一般健診 + 付加 )				円	

3 健診 希望日	フリガナ							ご希望のコースに○印をしてください		基本	女性セット	オプション検査
	氏名							コース	一日ドック	簡易コース		
生年月日	( T · S · H )	性別	男 · 女	年齢	歳		二日ドック		標準コース			
	年 月 日							宿泊あり				
自宅住所	〒 -						※ 協会けんぽの生活習慣病予防健診をご利用する場合 ご希望の健診コースを○で囲んでください				当日支払が有の場合	
保険証No	記号	番号					( 一般健診 . 一般健診 + 付加 )				円	

4 健診 希望日	フリガナ							ご希望のコースに○印をしてください		基本	女性セット	オプション検査
	氏名							コース	一日ドック	簡易コース		
生年月日	( T · S · H )	性別	男 · 女	年齢	歳		二日ドック		標準コース			
	年 月 日							宿泊あり				
自宅住所	〒 -						※ 協会けんぽの生活習慣病予防健診をご利用する場合 ご希望の健診コースを○で囲んでください				当日支払が有の場合	
保険証No	記号	番号					( 一般健診 . 一般健診 + 付加 )				円	