

# 協会(若年・家族)申込書

**【検査項目】** 診察・血圧・身長・体重・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査  
 ※女性(被保険者)で子宮がん検査をご希望の方は、年齢によって別途申込みが必要になります。(20・30才代の子宮がん検査)

**【検査料金】** 胃・便なし 9,450円(税込) 胃・便あり 18,900円(税込)

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありません。

**【申込方法】** 受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

(協会けんぽへの郵送は不要です)

**【対象者】** 被保険者:当該年度34才以下 / 家族

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	( _____ )		
健康保険証の記号		事業所ご担当者	

送付先:(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入下さい

事業所所在地	〒 _____		
電話番号	( _____ )	送付先ご担当者	

◎希望コースに○をして下さい

健康保険証の番号	本・家	フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	協会(若・家) 胃・便あり 18,900円	協会(若・家) 胃・便なし 9,450円	※婦人科 希望の方は ○をつけて 下さい。
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			
	本・家	-----	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後			

(医)さわやか済世葛飾健診センター