

長崎県五島中央病院  
 医事係 健診担当 宛  
 FAX 0959-74-5788  
 TEL 0959-72-3181

協会けんぽ申込書

事業所名：  
 保険者番号：  
 保険証記号：  
 担当者様氏名：  
 電話番号：  
 F A X 番号：

令和7年度末時点の年齢をご記入ください

No. \_\_\_\_\_

	氏名 (保険証番号)	生年月日	年齢	性別	胃検査方法 ※1・2		コース区分	追加オプション(自費) ※5							
					胃透視	胃カメラ		腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(超音波)	脳MRI	その他		
例	フリガナ コビョウ ハナコ 五病 花子 (01234567)	昭和 平成 59年 4月 2日	40歳	男・女	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)	付加健診※3 乳がん検診 子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (超音波)	脳MRI	その他 おすすめセット①
	フリガナ 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)	付加健診※3 乳がん検診 子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (超音波)	脳MRI	その他	
②	フリガナ 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)	付加健診※3 乳がん検診 子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (超音波)	脳MRI	その他	
③	フリガナ 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)	付加健診※3 乳がん検診 子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (超音波)	脳MRI	その他	
④	フリガナ 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)	付加健診※3 乳がん検診 子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (超音波)	脳MRI	その他	
⑤	フリガナ 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)	付加健診※3 乳がん検診 子宮がん検診 子宮がん検診(単独)※4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腹部 超音波	マンモ グラフィ	子宮がん (細胞診)	子宮がん (超音波)	脳MRI	その他	

- ※1 胃検査方法をお選びください。胃カメラで経口または経鼻の選択がない場合は経口でのお申し込みとなります。
- ※2 胃検査を希望しない場合は【連絡事項】へ理由を記載してください。(必須)
- ※3 対象年齢は、今年度40・45・50・55・60・65・70歳になる方です。  
(検査項目:尿沈渣顕微鏡検査・眼底検査・血液学的検査・生化学的検査・肺機能検査・腹部超音波検査)
- ※4 20歳から38歳の偶数年齢にあたる女性の方で子宮頸がん検診(単独)をご希望の際は選択してください。
- ※5 「追加オプション」は別紙「オプション検査一覧」の中から選択してください。(全額自己負担となります)

【連絡事項】