2026年度 人間ドック（含：特定健診）申込書

会社名			
被保険者等記号・番号		従　業　員　番　号	
被保険者名			
（ふりがな） 受　診　者　名		性別	1．男　　2．女
		生年月日	S・H　　年　　月　　日
※被保険者の 現住所・TEL	〒　　TEL（　　） - ※昨年の健診以降：住所変更　　1．あり　　2．なし		
健診希望日 （期間：**8月1日～11月30日**） **第3希望日まで必ずご記入ください**	第１希望日：2026　年　　月　　日	希望に〇	胃カメラへ変更
	第２希望日：2026　年　　月　　日		ペプシノゲンへ変更
	第３希望日：2026　年　　月　　日	婦人科・腫瘍マーカーは下記	

希望施設：◆１２（その他・個人受診）の方：※被保険者の現住所・TEL　から以下の欄は記入不要です。

１．　自己負担額：　被保険者17,000円、被扶養者20,000円
２．　オプション検診 ⇒ 健診後に窓口で自己精算となります

有料オプション		↓女性腫瘍マーカー以外は健保補助対象です。↓申請は領収書（本票）必要		
希望施設（番号に〇）		婦人科（希望コースに〇）	腫瘍マーカー（どちらか〇）	受診歴〇
1	京浜健診クリニック	Ａ１・Ａ２	する・しない	有
2	横浜東口クリニック	Ｙ１	する・しない	有
3	湘南藤沢徳洲会	Ｂ１・Ｂ２・Ｂ３	標準で含まれます	有
4	大船中央病院	Ｏ１・Ｏ２	標準で含まれます	有
5	湘南健康管理クリニック	Ｃ１・Ｃ２・Ｃ３・Ｃ４	標準で含まれます	有
6	藤沢順天医院	Ｄ１・Ｄ２・Ｄ３・Ｄ４	標準で含まれます	有
7	ヘルチェック	Ｅ１・Ｅ２	する・しない	有
	希望施設名(番号)：　　希望時間：			
8	大和徳洲会病院	Ｆ１・Ｆ２・Ｆ３・Ｆ４	標準で含まれます	有
9	ライフメディカル	Ｇ１・Ｇ２・Ｇ３・Ｇ４	標準で含まれます	有
10	(医) 相和会	Ｈ１・Ｈ２・Ｈ３・Ｈ４	する・しない	有
	希望施設名(番号)：			
11	神奈川県労働衛生福祉協会	Ｉ１・Ｉ２・Ｉ３	する・しない	有
12	◆その他（個人受診） （予約～支払　個人）	・受診日決定・変更・キャンセル　健診施設へ連絡後 → 健保へ連絡 ・受診後の領収書（本票）　→　健保へ送付		