

2026年度 健診お申込みカード

健康診断のお申込みありがとうございます。お申込みにあたり、確認させていただきたい内容がございます。
太枠内の確認事項について、お手数ですがご回答の上、ご返信くださいますようお願い申し上げます。

▼基本情報

事業所名称	カナ	業種	
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			担当者名
加入健康保険組合	協会けんぽ ()支部 又は その他 ()健康保険組合		

▼健診内容等 該当の□に✓をしてください

受診場所	<input type="checkbox"/> 本部健診センター(鳥取) <input type="checkbox"/> 中部健康管理センター(倉吉) <input type="checkbox"/> 西部健康管理センター(米子)		
希望時期・人数	()月頃	合計()名	1日あたり()名
	※調整により、ご希望の時期が前後する場合がございます。ご希望時期が直近の事業所からご案内させていただきます。		
その他要望 (時間帯・曜日など)	土曜日の受診(可・不可) ※鳥取地区のみ不定期で実施		

▼受診者内訳 **※健診料金についてはお問い合わせください**

健診コース	人間ドック ()名 / その他 ()名 ※特定業務従事者健診など	
	生活習慣病予防健診 ()名 ※胃がん検診・大腸がん検診を含む健診	
	定期健康診断 ()名 ※労働安全衛生規則に定められている法定健診	
追加検査	胃カメラ ()名	※40歳以上のみバリウム検査からの変更が可能です。胃カメラ検査へ振り替えて実施の場合、差額料金が別途必要となります。
	うち、婦人科健診あり ()名	※人数に制限がありますので、ご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。
	腹部エコー ()名	※協会けんぽ節目健診含む / 骨粗鬆症検査 ()名
	婦人科検診 ()名	※市町村の受診券をご利用の場合は個別でお申し込みください。集団健診のご利用も検討ください。
	→内、乳がん検診(マンモグラフィー ()名)(乳房エコー ()名),(子宮頸がん検診 ()名)	
特殊健診 (有機 ()名・特化 ()名・その他 ())		

▼送付物について **※上記基本情報と異なる場合のみ記入してください。**

送付先	問診票、検査キット 〒
	事業所用結果 〒
	個人用結果 〒

▼お支払いについて 該当の□に✓をしてください

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 全額窓口支払い	
	<input type="checkbox"/> 一部窓口支払い () 例:婦人科検診のみ窓口支払 等	
	<input type="checkbox"/> 後日請求書発行 送付先	<input type="checkbox"/> 基本情報住所
		<input type="checkbox"/> その他 (〒)

お申込みカードは当事業団【ファックス番号:0857-23-4892】へ送信してください。

メールでの返信はこちらまで⇒kikaku01@torihoken.or.jp