



F A X 088-863-8520 (申込は 3/2～)

健診申込書 (令和 8 年度)

事業所名 (事業所コード)			
住 所	〒		
担当者様		電話番号	
		F A X	
健診料のお支払方法 (各検診のお支払方法を確認して下さい 該当のお支払方法に○をして下さい)			
生活習慣病一般健診 (20 歳・25 歳・30 歳・35 歳～75 歳誕生日前日)	事業所へ請求	健診当日個人負担	
節目健診 (40 歳・45 歳・50 歳・55 歳・60 歳・65 歳・70 歳)	事業所へ請求	健診当日個人負担	
補助対象年齢の女性検診 (偶数年齢) 乳がん・子宮がん・骨密度	事業所へ請求	健診当日個人負担	
補助対象外年齢の女性検診 (奇数年齢) 乳がん・子宮がん・骨密度	事業所へ請求	健診当日個人負担	
オプション検査	事業所へ請求	健診当日個人負担	
個人票の有無 (健診結果事業所控え 5 年間表示)	要	不要	

F A X の場合	FAX 番号 088-863-8520 J A 高知健診センター
郵送の場合	〒783-8509 高知県南国市明見字中野 526-1 J A 高知健診センター

◀ 健診申込書・受診者名簿を FAX か郵送して下さい。 ▶

# 受診者名簿

事業所 [《受診》事業所コード] 《受診》事業所名称 (《保険者番号》)

令和7年度(2025年度)に当健診センターで健診を実施した方、実施予定の方の名簿です。

令和8年度(2026年度)に当健診センターで健診を希望する方は、希望検診に○をし、希望月(日)を記入したものを、別紙「健診申込書(令和8年度)」と一緒にFAXか郵送でお知らせ下さい。注：予約日の確約ではありません FAX・郵送での申込が到着後、順次お電話にて予約日を決定させていただきます。

記号	番号	フリガナ ID 氏 名	性別	生年月日	年度 年齢	検診項目			希望月(日)	希望月(日)	※ 備考
						一般	40歳以上5歳刻み	女性検診			
						一般健診	節目健診	乳・子・骨			
						一般健診	節目健診	乳・子・骨			
						一般健診	節目健診	乳・子・骨			
						一般健診	節目健診	乳・子・骨			
						一般健診	節目健診	乳・子・骨			
						一般健診	節目健診	乳・子・骨			
						一般健診	節目健診	乳・子・骨			

※備考欄へは、人間ドックへの変更、上部消化管内視鏡検査(胃カメラ検査)、労安法検査等のご希望があればご記入下さい。

\*保険証番号・氏名の変更等があれば訂正をお願いします。\*協会けんぽ健診の補助内容・金額に変更があります。詳細は協会けんぽホームページ等でご確認下さい。