

# 山梨県厚生連 健康管理センター 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	電話番号	住 所	希望する 胃検診に ○印
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム

※ 組合へ申し込み後、ご自宅へ送付される案内はがきに従って**直接予約**をしてください。はがきに記載された予約開始日以降に予約を行ってください。

## 石和温泉病院 クアハウス石和 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	希望日	電話番号	住 所	希望する コースに ○印
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム

※ 希望日は必ずご記入ください。

※ 今年度よりコースにより検診料が変わります。胃カメラコース 22,550 円(自己負担額)、バリウムコース 21,450 円(自己負担額)

## 加納岩総合病院 健康管理室 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	希望日 (必ず日にちまで 指定してください)	電話番号	住 所
			本人・家族	月 日		〒
			本人・家族	月 日		〒
			本人・家族	月 日		〒
			本人・家族	月 日		〒
			本人・家族	月 日		〒
			本人・家族	月 日		〒
			本人・家族	月 日		〒
			本人・家族	月 日		〒

※ 希望日は必ず日にちまで指定してください。ご指定がない場合は予約の受付ができません。

※ 4月～5月に受診される方は腫瘍マーカー検査を無料で受けることができます。詳細は「健診機関一覧表」をご覧ください。

※ 胃検診は胃カメラのみです。バリウムは実施しません。

# 甲府市医師会 健康管理センター 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	希望日	電話番号	住 所	希望する 胃検診に ○印	備考
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム	

※ 希望日は必ずご記入ください。なお、R6年4月・5月の健診日は日程に限りがあります。詳細は「健診機関一覧表」をご覧ください。

※ 今年度より、前立腺がん腫瘍マーカーと乳がん検診がオプションとなりました。補助対象外となりますが、乳がん検診を希望される方は、事前申し込みが必要なため、「マンモ」または「エコー」のコースを備考欄にご記入ください。

# 一宮温泉病院 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	希望日	電話番号	住 所	希望する 胃検診に ○印
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム

※ 希望日は必ずご記入ください。

※ 胃検診は必ず本人に確認し、希望するコースに○をつけてください。

# 甲府城南病院 健康管理室 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	第一希望日	第二希望日	電話番号	住 所	希望する 胃検診に ○印
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族				〒	胃カメラ バリウム

※ 希望日は必ずご記入ください。予約が取りづらい状況のため、**第二希望までご記入ください。**

※ 胃検診は必ず本人に確認し、希望するコースに○をつけてください。土曜日は胃のバリウム検査を行っていません。

## 峡南医療センター 富士川病院 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	希望日	電話番号	住 所	希望する 胃検診に ○印
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族			〒	胃カメラ バリウム

※ 希望日は必ずご記入ください。

※ 胃検診は必ず本人に確認し、希望するコースに○をつけてください。

# 山梨病院 健康管理センター 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	電話番号	住 所	希望する 胃検診に ○印
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム
			本人・家族		〒	胃カメラ バリウム

※ この申し込みのあと、2日ほど空けて、健診日の予約を山梨病院健康管理センター（TEL：055-251-5855）へ電話にて直接行ってください。

※ 胃検診は必ず本人に確認し、希望するコースに○をつけてください。



# 塩山市民病院 人間ドック申込書

記 号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏 名	生年月日	続柄	希望日	電話番号	住 所	希望する 胃検診に ○印
			本人・家族				胃カメラ バリウム
			本人・家族				胃カメラ バリウム
			本人・家族				胃カメラ バリウム
			本人・家族				胃カメラ バリウム
			本人・家族				胃カメラ バリウム
			本人・家族				胃カメラ バリウム
			本人・家族				胃カメラ バリウム
			本人・家族				胃カメラ バリウム

※ 希望日は必ずご記入ください。4月～5月は比較的予約が取りやすくなっています。6月以降は予約が混みあいます。

※ 胃検診は必ず本人に確認し、希望するコースに○をつけてください。

## その他健診機関 人間ドック申込書

記号 \_\_\_\_\_

FAX 055-263-1652

山梨県自動車販売整備健康保険組合 行

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	氏名	生年月日	続柄	電話番号	住所	健診機関名
			本人・家族		〒	
			本人・家族		〒	
			本人・家族		〒	
			本人・家族		〒	
			本人・家族		〒	
			本人・家族		〒	
			本人・家族		〒	
			本人・家族		〒	

※ 健診日の予約はご自身で行ってください。

※ 人間ドック健診料（基本部分）の半額を補助します。ただし、補助の上限額を上回る部分は自己負担となります。今年度の上限額は **19,250 円** です。

※ 補助は振込にて行います。領収書の原本、人間ドック検査結果のコピー、振込指定口座の通帳の写しを当組合にご提出ください。