

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 |

※ 当組合へ申し込み後、ご自宅へ送付される案内はがきに従って **Web 予約**をしてください。予約開始日は3月23日（月）です。予約開始日以降に **Web 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。

※ コースにより検診料が変わります。胃カメラコース 20,100 円(自己負担額)、バリウムコース 17,900 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、**4/1~4/4、5/19~5/22、5/25~5/27 は人間ドック実施していません。**

※ オプション検査をご希望の方は備考欄にご記入下さい。 詳細は「健診機関一覧表」をご覧ください。

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。(実施日は**水曜日・木曜日のみ**となります。)

※ 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。

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。予約が取りにくい状況のため、**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。

※ 日程調整のため健診機関から電話連絡をする場合があります。連絡のとれる電話番号をご記入ください。

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 |

※ 当組合へ申し込み後、予約開始日以降に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。

※ **予約開始日は、山梨病院ホームページ <https://yamanashi.jcho.go.jp/kenkan/>にてお知らせされますのでご確認ください。**

※ 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。

※ 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。

※ 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。