

2026年度 健康診断 書類送付・支払い情報登録書(協会けんぽ加入事業所用)

返送先:福山市医師会健診センター FAX:084-999-3339

※必須

事業所名(受診者所属先)			
電話番号(健康診断に関する問い合わせ先)	TEL		FAX
担当者(申込者)		メール	

【1:書類送付先】 ※必須

検査キット・注意事項 結果(本人用)	〒 -		
送付先	会社名・店舗名(・自宅)		

結果(事業所用) …健康結果の事業所 控えは必要ですか?	<input type="checkbox"/> 事業所結果控え不要 <input type="checkbox"/> 法定項目のみ事業所結果控え希望 <input type="checkbox"/> 健診項目すべてについて事業所結果控え希望 ※事業所様がご本人の同意を得ている場合に限りです		
------------------------------------	--	--	--

結果(事業所用控え) 送付先	〒 -		
※控えが必要な場合記入	会社名・店舗名(・自宅)		

請求書 送付先	〒 -		
	会社名・店舗名(・自宅)		

【2:支払い方法】 ※必須。該当するものに☑を入れてください

- 全額会社請求
- 全額当日本人支払い
- 一部後日会社請求

→以下の詳細情報を記入してください

	会社	当日
基本 コース	【協会けんぽ】若年健診 2,500円	
	【協会けんぽ】一般健診 5,500円	
	【協会けんぽ】節目健診 8,280円	
	【協会けんぽ】人間ドック 13,500円	
	定期健診/雇用時健診 8,800円	
	生活習慣病一般健診 20,350円	
	生活習慣病付加健診 30,800円	
	医師会ドック 38,500円	
	その他 ()	

	会社	当日
各種 オ プ シ ョ ン	【協会けんぽ補助】乳がん・子宮がん	
	【協会けんぽ補助】骨粗鬆症	
	【協会けんぽ補助】喀痰細胞診	
	【協会けんぽ補助】肝炎	
	その他オプション(今回申し込み分)	
	その他オプション (当日含め本人希望があった場合)	
	その他 ()	
	その他 ()	