

2026年度 支払依頼書(必ず予約申込書と併せてご送付ください) 浦添総合病院健診センターFAX先 098-879-1156

フリガナ
事業所名
(保険証の事業所名称)

必ず毎年度1回ご提出よろしくお願いします。

□ 担当者名: □

(事業所住所) ※案内等各支店や出向先への別送は行いません。同法人でも、所在地・支払方法・発送先など異なる場合は各事業所毎にご記入後、ご提出お願いいたします。

〒 連絡先 TEL: FAX: □

□

事前問診資料発送先	事業所 ・ 自宅	※選択(○印)してください。	健康保険証	
			保険者番号 【01】	記号 【】

請求先住所
〒

□

お支払方法について

※請求書が届きましたら翌月迄にお支払いください。

◆【全て会社請求】・【全て窓口支払い】のどちらかのみとなります。
会社単位で統一となりますのでご了承ください。

※選択(○印)してください。

① 【お支払方法】	全て窓口支払い ・ 全て会社請求(当日追加オプション項目も含む)	□
-----------	----------------------------------	---

↓ ◆【全て窓口支払い】選択時、ご記入をお願いします。

領収書宛名	会社名 ・ 個人名	※領収書の再発行、会社・本人用等2枚に分けての発行は行いませんのでご了承ください
-------	-----------	--

② 全国健康保険協会生活習慣病予防健診(対象者)		その他の項目	
コース名	料金(税込)	検査名	料金(税込)
一般健診(若年)(20/25/30歳)	2,500円	肝炎ウィルス検査(※過去に受診歴がない方対象)	540円
一般健診(35歳以上)	5,500円	胃カメラ差額料(胃バリウムから変更した場合等)	5,500円
節目健診(40/45/50/55/60/65/70歳の方)	8,280円	鎮静剤(胃カメラにて投与した場合)	2,200円
人間ドック(35歳以上)	14,600円	マンモグラフィー検査(協会けんぽ補助対象外)	6,050円
(特別割引 4~5月 ・ 1~3月)	11,300円	乳線エコー検査	4,400円
乳がん検査(マンモグラフィー検査・40歳以上偶数年齢)	1,700円	子宮がん検査(協会けんぽ補助対象外)	3,850円
乳がん検査(マンモグラフィー検査・50歳以上偶数年齢)	980円	◆その他オプション項目のご案内に記載しております。	
子宮がん検査(20歳以上偶数年齢)	990円		
骨粗鬆症検査(骨密度)(40歳以上・偶数年齢の女性)	250円		

③ 全国健康保険協会生活習慣病予防健診の対象年齢にならない方(35未満の方)
又は被保険者ではない方(扶養者など)

コース名	料金(税込)
定期健康診断(法定健診44条)	9,900円
一般健診と同様内容	22,000円
半日ドック(通常料金)	39,600円
(特別割引4~5月・1~3月)	34,100円

- 午前の胃カメラは半日ドックの方を優先しております。一般・節目健診で胃カメラをご希望の方は午後健診のお申込みをお願いいたします。
- 予約の際は必ず、この支払依頼書と別紙、予約申込書を併せてご提出よろしくお願いします。

* 上記お支払い方法・など、貴社社員皆さまへ必ずご周知くださいます様、ご協力の程何卒よろしくお願いいたします。

健診センター 確認欄	①	月 日	②	月 日
別送メモ住所				

浦添総合病院健診センター専用 <2-1>
2026 年度全国健康保険協会健診予約申込書
TEL 0570-010-986
FAX 098-879-1156

健診センター
確認欄

①

月 日

②

月 日

フリガナ

① 事業所名(保険証事業所名称)

② 所在地

③ 連絡先 Tel

④ 担当者名

★4月・5月・6月 予約分★(3/2より受付順次予約回答します。)

※上記期間以外の健診のご予約はお受けできませんので別紙、記入提出をお願いします。

◆保険証が家族(被扶養者)・国民健康保険の方は、備考にご記入をお願いします。尚、保険証の変更がございましたら予約日前に必ずご連絡ください。

必ず、保険番号・記号など全て記入後、別紙、支払依頼書と予約申込書を併せてご送付ください。)

↓ 記入必須 ↓

※胃バリウム原則必須。胃がん検診希望なしの方は検査・備考欄にキャンセル理由番号まで記載必須。

①治療中 ②他で受診済または予定がある ③身体的理由(アレルギー等)

保険証 番号 [本人]	フリガナ		性 別	生年月日	希 望 受 診 日			健 診 コー ス ※ ○をつけてください	追加検査・備考 ※オプション項目希望記入	※新規予約者・住所変更 の場合記入をお願いします。	センター 確認 欄
	氏	名			第 1 希 望	第 2 希 望	第 3 希 望				
(例) 88	ウラソエ	ケンシン	男	昭和 88年8月8日	4/1 午前 午後	4/2 午前 午後	4/3 午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック 定期 44 条	胃なし(理由番号)・胃カメラ マンモ・子宮← 予約追加記入	※保険証番号・日程等全て記入 後、必ず提出ください。	☒
			男	昭和 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更(※選択) 自宅住所:	☐
			女	昭和 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐
			男	昭和 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐
			女	昭和 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐
			男	昭和 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐
			女	昭和 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐

※午前胃カメラ(税込 5,500 円)はドックの方をご案内しております。一般健診・節目健診の胃カメラご希望は午後ご案内します。

健診センター 確認欄	①	月	日	②	月	日

事業所名(保険証事業所名称)

保険証 番号 〔本人〕	フリガナ	性 別	生年月日	希 望 受 診 日			健 診 コ ー ス ※ ○をつけてください	追 加 検 査 ※ 子宮・マンモ・胃バリウム オプション項目希望記入	備 考 ※新規予約者・住所変更の場合 記入をお願いします	センター 確認 欄
	氏 名			第 1 希 望	第2希望	第3希望				
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更(※選択)	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	
		男	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期44条		予約新規・予約変更	□
		女							自宅住所:	

浦添総合病院健診センター専用 <2-1>
2026 年度全国健康保険協会健診予約申込書
TEL 0570-010-986
FAX 098-879-1156

健診センター 確認欄	①	月 日	②	月 日

フリガナ

① 事業所名(保険証事業所名称) _____

② 所在地 〒 _____

③ 連絡先 Tel _____ ④ 担当者名 _____

★7月～3月 予約分★ (※5月1日より申込み受付開始)

※上記期間以外の健診のご予約はお受けできませんので別紙、記入提出をお願いします。

保険証が家族(被扶養者)・国民保険の方は備考に記入をお願いします。尚、保険証の変更がございましたら事前にご連絡ください。

必ず保険番号・記号など全て記入後、別紙、支払依頼書と予約申込書を併せてご送付ください。)

↓記入必須↓ ※胃バリウム原則必須。胃がん検診希望なしの方は検査・備考欄にキャンセル理由番号まで記載必須。①治療中 ②他で受診済または予定がある ③身体的理由(アレルギー等)

保険証 番号 [本人]	フリガナ		性 別	生年月日	希 望 受 診 日			健 診 コー ス ※ ○をつけてください	追加検査・備考 オプション項目希望記入	※新規予約者・住所変更 の場合記入をお願いします。	センター 確認 欄
	氏 名				第 1 希 望	第 2 希 望	第 3 希 望				
(例) 88	ウラソエ	ケンシン	男 女 平	昭 平 88年8月8日	7/1 午前 午後	7/2 午前 午後	7/3 午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック 定期 44 条	胃なし(理由番号) 胃カメラ マンモ・子宮← 予約追加記入	※保険証番号・日程等全て記入 後、必ず提出ください。	☒
			男 女 平	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更(※選択) 自宅住所:	☐
			男 女 平	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐
			男 女 平	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐
			男 女 平	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐
			男 女 平	昭 平 年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	若年・一般・節目 人間ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	☐

※午前胃カメラ(税込 5,500 円)はドックの方をご案内しております。一般健診・節目健診の胃カメラご希望は午後ご案内します。

健診センター 確認欄	①	月	日	②	月	日

事業所名(保険証事業所名称)

保険証 番号 〔本人〕	フリガナ	性 別	生年月日	希 望 受 診 日			健 診 コ ー ス ※ ○をつけてください	追加検査・備考 ※ 子宮・マンモ・胃バリウム オプション項目希望記入	備 考 ※新規予約者・住所変更の場合 記入をお願いします	センター 確認
	氏 名			第 1 希 望	第 2 希 望	第 3 希 望				
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更(※選択)	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	
		男	昭 年 月 日				若年・一般・節目		予約新規・予約変更	□
		女	平	午前 午後	午前 午後	午前 午後	人間ドック・定期 44 条		自宅住所:	

健診結果報告書（事業所控え）発行依頼書

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院健診センター

結果報告書担当者 行

FAX : 098-879-1156

下記のとおり、健診結果報告書（事業所控え）を発行願います。

なお、健診結果の提供につきましては各従業員の同意を得ており、健康管理以外の目的で使用しないことを、ここに誓約いたします。

年 月 日

受診期間： 年 月分

〒

※健診予約時の支払い依頼書と同住所でお願いいたします。

住所

事業所名

代表者

担当者名 印

電話番号 FAX 番号

※この依頼書を受理後、健診結果報告書を送付いたします。

貴事業所従業員の受診の翌月から受付いたします。期日前の申し込みはお受けできませんので、ご了承ください。

お忙しい中大変恐れ入りますが、個人情報の扱いに慎重を期すためご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

〒901-2132 沖縄県浦添市伊祖 3 丁目 42 番地 15 号

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院健診センター

TEL : 0570-010-986