

# 令和8年度（2026年度）伊勢病院専用申込書

## ▼事業所情報

① 事業所名 <small>(協会けんぽに加入の場合は対象者一覧表に記載の事業所名)</small>	健診関連問い合わせ先			
	② 住所 <small>〒</small>	③ 電話/FAX番号 <small>TEL FAX</small>	④ ご担当者様氏名	

## ▼お支払方法

⑤ コース料金	⑥ オプション料金
<input type="checkbox"/> 本人支払（現金orクレジット） <input type="checkbox"/> 事業所請求（銀行振込みのみ）	<input type="checkbox"/> 本人支払（現金orクレジット） <input type="checkbox"/> 事業所請求（銀行振込みのみ）

\*新規の事業所様はコース料金・オプション料金ともに「本人支払」とさせていただきます。

\*年度途中でのお支払い方法変更は不可とさせていただきます。

## ▼受診者情報

⑦ フリガナ/氏名 性別/生年月日	⑧ 受診者住所/携帯電話番号	⑨ 保険証情報	⑩ コース	⑪ オプション					⑫ 受診希望月
			協会けんぽ 病院基本コース	協会けんぽ補助対象 (要件あり)	胃検査	婦人科	血液検査	その他	
(カナ) (氏名) (患者番号) (性別) 男・女 (生年月日) 大正・昭和・平成 年 月 日		〒  (加入保険) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> その他 (区分) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (保険者番号) (記号) (番号・枝番)  (携帯電話番号)	協会一般 <input type="checkbox"/> 協会節目(40-45-50-55-60-65-70歳) <input type="checkbox"/> 協会節目(自費) <input type="checkbox"/> 協会子宮単独(細胞診のみ) <input type="checkbox"/> 脇DCT追加  (加入保険) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> その他 (区分) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (保険者番号) (記号) (番号・枝番)  (携帯電話番号)	人間ドック(マンドック) <input type="checkbox"/> 人間ドック(シニア) <input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 法定A <input type="checkbox"/> 法定B <input type="checkbox"/> 脳ドック(単独)  人間ドック(マンドック) <input type="checkbox"/> 人間ドック(シニア) <input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 法定A <input type="checkbox"/> 法定B <input type="checkbox"/> 脳ドック(単独)  人間ドック(マンドック) <input type="checkbox"/> 人間ドック(シニア) <input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 法定A <input type="checkbox"/> 法定B <input type="checkbox"/> 脳ドック(単独)	子宮がん(細胞診のみ) <input type="checkbox"/> 脇DCT追加(自費) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(HBs抗原・HCV抗体) <input type="checkbox"/> 脇DCT追加  子宮がん(細胞診のみ) <input type="checkbox"/> 脇DCT追加(自費) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(HBs抗原・HCV抗体) <input type="checkbox"/> 脇DCT追加  子宮がん(細胞診のみ) <input type="checkbox"/> 脇DCT追加(自費) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 経鼻から <input type="checkbox"/> 乳腺DCT  胃透視(ハリム) <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 乳頭内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃検査キヤンセル  胃透視(ハリム) <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 乳頭内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃検査キヤンセル  胃透視(ハリム) <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 乳頭内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃検査キヤンセル	胃透視(ハリム) <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 乳頭内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃検査キヤンセル  子宮がん(細胞診+脇DCT) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 経鼻から <input type="checkbox"/> 乳腺DCT  脳マーカー <sup>(レ・リ・ハ・ブ・シ・ケ)</sup> <input type="checkbox"/> ABC <sup>(レ・リ・ハ・ブ・シ・ケ)</sup> <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺球蛋白 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(HBs抗原・抗体・HCV抗体) <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DCT  脳マーカー <sup>(レ・リ・ハ・ブ・シ・ケ)</sup> <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC <sup>(レ・リ・ハ・ブ・シ・ケ)</sup> <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺球蛋白 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(HBs抗原・抗体・HCV抗体) <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DCT  脳マーカー <sup>(レ・リ・ハ・ブ・シ・ケ)</sup> <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC <sup>(レ・リ・ハ・ブ・シ・ケ)</sup> <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺球蛋白 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(HBs抗原・抗体・HCV抗体) <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DCT	脳ドック <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 脇DCT <input type="checkbox"/> 心臓DCT <input type="checkbox"/> 腸内内視鏡 <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DCT  脳ドック <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 脇DCT <input type="checkbox"/> 心臓DCT <input type="checkbox"/> 腸内内視鏡 <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DCT  脳ドック <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 脇DCT <input type="checkbox"/> 心臓DCT <input type="checkbox"/> 腸内内視鏡 <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> DCT		
									2/2受付開始 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月  4/1受付開始 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月  6/1受付開始 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月  8/3受付開始 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月
									2/2受付開始 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月  4/1受付開始 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月  6/1受付開始 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月  8/3受付開始 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月
									2/2受付開始 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月  4/1受付開始 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月  6/1受付開始 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月  8/3受付開始 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月

## ▼連絡欄（その他、ご要望など）

--

### ★申し込み手順

- 1) 本様式の①～⑫をすべてご記入ください。
- 2) 本様式をEメール等にて送信してください。
- 3) 記入漏れや不備がなければ、先着順にて受付させていただきます。

### ★注意

- 1) 中込受付順で調整し、三週間をめどにご連絡させていただきます。
- 2) 受付開始は2/2・4/1・6/1・8/3の正午となります。
- 3) 受付開始前の申し込みはお受けすることはできません。
- 4) 記入漏れや不備がある場合は、受付できませんのでご注意ください。
- 5) 「⑨保険証情報」欄は協会けんぽ対象者一覧の添付で代用可です。
- 6) 同日の受付は①予約フォーム ②Eメール ③FAX ④来院の順とさせていただきます。

健診センター <E-mail : hos-kensin@city.ise.mie.jp FAX : 0596-23-9035 >まで送信してください