

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 (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)	健診関連問い合わせ先		
	② 住所	③ 電話/FAX番号	④ ご担当者様氏名
	〒	Tel FAX	

▼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・校番) -----	<input type="checkbox"/> 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"/> 膣口追加	<input type="checkbox"/> 人間ドック (スタンダード) <input type="checkbox"/> 人間ドック (ｼﾝｸﾞﾙ) <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)	<input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣口追加 (自費) <input type="checkbox"/> マネグライフ <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (Hbs抗原・抗体・HCV抗体)	<input type="checkbox"/> 胃透視 (ﾊﾞﾘｳﾑ) <input type="checkbox"/> 経口ｶﾞﾗ <input type="checkbox"/> 経鼻ｶﾞﾗ <input type="checkbox"/> 胃検査ｷｬﾝﾍﾞﾙ	<input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診+膣口) <input type="checkbox"/> マネグライフ <input type="checkbox"/> 乳腺口-	<input type="checkbox"/> 腫瘍マ- <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC (ﾋﾞﾃﾞｵﾊﾞｲﾌﾞﾗｼｮﾝ) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺ﾋﾞﾓﾝ <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (Hbs抗原・抗体・HCV抗体)	<input type="checkbox"/> 脳ﾄﾞｯｸ <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 腹口- <input type="checkbox"/> 心臓口- <input type="checkbox"/> 腸内ﾌｵｰﾗ <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> OTE	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	
(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・校番) -----	<input type="checkbox"/> 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"/> 膣口追加	<input type="checkbox"/> 人間ドック (スタンダード) <input type="checkbox"/> 人間ドック (ｼﾝｸﾞﾙ) <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)	<input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣口追加 (自費) <input type="checkbox"/> マネグライフ <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (Hbs抗原・抗体・HCV抗体)	<input type="checkbox"/> 胃透視 (ﾊﾞﾘｳﾑ) <input type="checkbox"/> 経口ｶﾞﾗ <input type="checkbox"/> 経鼻ｶﾞﾗ <input type="checkbox"/> 胃検査ｷｬﾝﾍﾞﾙ	<input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診+膣口) <input type="checkbox"/> マネグライフ <input type="checkbox"/> 乳腺口-	<input type="checkbox"/> 腫瘍マ- <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC (ﾋﾞﾃﾞｵﾊﾞｲﾌﾞﾗｼｮﾝ) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺ﾋﾞﾓﾝ <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (Hbs抗原・抗体・HCV抗体)	<input type="checkbox"/> 脳ﾄﾞｯｸ <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 腹口- <input type="checkbox"/> 心臓口- <input type="checkbox"/> 腸内ﾌｵｰﾗ <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> OTE	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	
(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・校番) -----	<input type="checkbox"/> 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"/> 膣口追加	<input type="checkbox"/> 人間ドック (スタンダード) <input type="checkbox"/> 人間ドック (ｼﾝｸﾞﾙ) <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)	<input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診のみ) ↓ <input type="checkbox"/> 膣口追加 (自費) <input type="checkbox"/> マネグライフ <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (Hbs抗原・抗体・HCV抗体)	<input type="checkbox"/> 胃透視 (ﾊﾞﾘｳﾑ) <input type="checkbox"/> 経口ｶﾞﾗ <input type="checkbox"/> 経鼻ｶﾞﾗ <input type="checkbox"/> 胃検査ｷｬﾝﾍﾞﾙ	<input type="checkbox"/> 子宮がん (細胞診+膣口) <input type="checkbox"/> マネグライフ <input type="checkbox"/> 乳腺口-	<input type="checkbox"/> 腫瘍マ- <input type="checkbox"/> 心機能 <input type="checkbox"/> ABC (ﾋﾞﾃﾞｵﾊﾞｲﾌﾞﾗｼｮﾝ) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> 甲状腺ﾋﾞﾓﾝ <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (Hbs抗原・抗体・HCV抗体)	<input type="checkbox"/> 脳ﾄﾞｯｸ <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 腹口- <input type="checkbox"/> 心臓口- <input type="checkbox"/> 腸内ﾌｵｰﾗ <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 検便(便潜血) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> OTE	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) 申込受付順で調整し、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