

事業所所在地

FAX送信日 年 月 日

〒 -

≪請求書送付先が左記と違う場合はご記入下さい≫

独立行政法人地域医療機能推進機構  
神戸中央病院 健康管理センター

TEL:078-594-8622

FAX:078-594-8662

事業所様名称

〒 -  
ご住所

宛名

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

携帯: \_\_\_\_\_

担当者: \_\_\_\_\_

# 2026年度 健康診断申込書

保険者番号		請求方法			健康診断ご担当者様			
		基本料金		事業所請求・窓口請求	予約状況により、ご希望通りに予約をお取りできない場合がありますので、予めご了承ください。			
		節目健診・人間ドック差額		事業所請求・窓口請求	予約時の優先順位をご記入下さい。			
保険証記号		政管補助あり 子宮頸がん・乳がん・骨密度	事業所請求・窓口請求	・日にち優先			・曜日優先	・時間優先
		オプション 子宮頸がん・乳がん・骨密度	事業所請求・窓口請求	・その他 (				
		その他オプション	事業所請求・窓口請求					
保険証番号	フリガナ 名前 (性別)	生年月日	続柄	2026年度 予約希望日	希望コース	協会補助 対象オプション	備考	
	( )	年 月 日	本人	年 月 日	人間ドック	一般 (若年含む)	乳がん	
			被扶養者	午前・午後	節目	労基	子宮頸がん	
			他保険	本院・ハーバー	その他( )		骨密度	
	( )	年 月 日	本人	年 月 日	人間ドック	一般 (若年含む)	乳がん	
			被扶養者	午前・午後	節目	労基	子宮頸がん	
			他保険	本院・ハーバー	その他( )		骨密度	
	( )	年 月 日	本人	年 月 日	人間ドック	一般 (若年含む)	乳がん	
			被扶養者	午前・午後	節目	労基	子宮頸がん	
			他保険	本院・ハーバー	その他( )		骨密度	
	( )	年 月 日	本人	年 月 日	人間ドック	一般 (若年含む)	乳がん	
			被扶養者	午前・午後	節目	労基	子宮頸がん	
			他保険	本院・ハーバー	その他( )		骨密度	
	( )	年 月 日	本人	年 月 日	人間ドック	一般 (若年含む)	乳がん	
			被扶養者	午前・午後	節目	労基	子宮頸がん	
			他保険	本院・ハーバー	その他( )		骨密度	
	( )	年 月 日	本人	年 月 日	人間ドック	一般 (若年含む)	乳がん	
			被扶養者	午前・午後	節目	労基	子宮頸がん	
			他保険	本院・ハーバー	その他( )		骨密度	
	( )	年 月 日	本人	年 月 日	人間ドック	一般 (若年含む)	乳がん	
			被扶養者	午前・午後	節目	労基	子宮頸がん	
			他保険	本院・ハーバー	その他( )		骨密度	

FAX:078-594-8662