

生活習慣病予防健診 申込書

※ 協会けんぽに加入されていない方は、「未加入」と明記をお願いします。

※ 対象外の年齢でお申込される場合、全額自己負担となります。

事業所の住所	〒 _____		
事業所名			
電話番号		担当者	
FAX番号			

保険者番号	
保険証の記号	

保険証の番号	フリガナ		性別	生年月日	年齢	本人配偶者の別		受診希望日			健診の種別 (希望に○をする)						備考	
	氏	名				本	配	第一希望	第二希望	第三希望	定期健診	一般健診	付加健診	差額ドック	婦人科			
											基本項目	全項目	子宮頸がん	マンモグラフィ	乳腺エコー			
1			男	女		本	配											
2			男	女		本	配											
3			男	女		本	配											
4			男	女		本	配											
5			男	女		本	配											
6			男	女		本	配											
7			男	女		本	配											
8			男	女		本	配											