

全国健康保険協会管掌健康保険 生活習慣病予防健診 申込書

事業所の住所	〒 101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-5		
事業所名	医療法人財団小畑会 浜田病院	担当者	浜田 太郎
電話番号	03-5280-1080	保険者番号	01130012
FAX番号	03-5280-1081	保険証の記号	12345678

希望日は日にちと時間番号をご記入ください。(男性の土曜日受診時は①②③④のみのご案内となります)

①AM8:10 ②AM8:20 ③AM8:45 ④AM9:15 ⑤AM9:45 ⑥AM10:00

差額ドックは①のみ、付加健診は①②③④⑤、一般健診は②③④⑤、労働安全定期健診は③④⑤⑥となります。

乳がん・子宮頸がん検診のみ PM 1:15 ~ PM 1:45 【午後】

- 健診コースは、一般健診「一般」付加健診「付加」差額ドック「ドック」定期健診全項目「全」基本項目「基本」と記入してください。
※付加健診とはオプション検査ではなく、健診コースの一種です。詳しくは2枚目、3枚目をご覧ください。
- 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。各検査の対象年齢については2枚目をご覧ください。
- 担当者欄には、**健診御担当者様名**をご記入ください。御担当者様宛にお問い合わせさせていただく場合がございます。いらっしゃらない場合は「不在」とご記入ください。

	保険証の番号	フリガナ		性別	生年月日	本人配偶者の別	受診希望日			健診コース	備考 希望オプション等
		氏名					第一希望日 時間	第二希望日 時間	第三希望日 時間		
記入例	123	ハマダ	ハナコ	男・女	昭和・平成 55年4月2日	本・配	7/1 ②	7/2 ②	7/6 ③	一般	マンモ
1				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
2				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
3				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
4				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
5				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
6				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
7				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
8				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
9				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		
10				男・女	昭和・平成 年 月 日	本・配	/	/	/		