

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

※ 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1枚目と2枚目をご覧ください。

事業所の住所	〒 _____		
事業所名		担当者	
電話番号		保険者番号	
FAX番号		保険証の記号	

希望日は日にちと時間番号をご記入ください。(7月以降は下記の時間帯からお選びいただけます)

①AM8:10～AM8:30 ②AM9:30～AM10:00 ③AM10:30～AM10:50

一般健診・付加健診・労働安全定期健診は①②③いずれか、差額ドックは①のみとなります。

乳がん・子宮頸がん検診のみ④ 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。

	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	女	T S H 55年4月2日	本配	7/1 ①	7/2 ②	7/6 ③	一般	マンモ
1				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
2				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
3				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
4				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
5				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
6				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
7				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
8				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
9				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
10				男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					

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

事業所名

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		
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					
			男・女	T・S・H 年 月 日	本・配					