

協会けんぽ 生活習慣病予防健診 申込書

フリガナ			
事業所名			
住所（ビル名まで）	〒		
連絡先	電話	FAX	
健康保険組合名	全国健康保険協会	支部	
フリガナ			
ご担当者名	様		

1. 左記事業所様情報の空欄箇所についてご記入ください。
2. 受診予定の方のお名前・性別・生年月日・保険証情報（記号-番号、区分）  
・健診希望日・検査会場・健診内容をご記入ください。
3. 健診希望日は、「日程一覧」協会けんぽ(生活習慣病予防健診)」よりお選びください。
4. **ご記入が済みましたら、当センター宛FAXでお送りください。**  
日程を確認後、ご連絡させていただきます。  
尚、ご連絡を差し上げるまでにお時間をいただく場合がございます。  
予め、ご容赦のほどお願いいたします。

※ 内視鏡検査（月・木・金）乳がん検診（水・木・金）は『本館のみ』の実施です。

お名前		生年月日	保険証情報		健診希望日			会場	胃検診	一般健診と併せて受診		備考
性別	男性・女性	S・H 年 月 日	保険者番号		1	月	日	午前	本館 ・ 南分室	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診  <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> ドック	
			記号		2	月	日	午前				
			番号		3	月	日	午前				
			区分		4	月	日	午前				
性別	男性・女性	S・H 年 月 日	保険者番号		1	月	日	午前	本館 ・ 南分室	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診  <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> ドック	
			記号		2	月	日	午前				
			番号		3	月	日	午前				
			区分		4	月	日	午前				
性別	男性・女性	S・H 年 月 日	保険者番号		1	月	日	午前	本館 ・ 南分室	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診  <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> ドック	
			記号		2	月	日	午前				
			番号		3	月	日	午前				
			区分		4	月	日	午前				
性別	男性・女性	S・H 年 月 日	保険者番号		1	月	日	午前	本館 ・ 南分室	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診  <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> ドック	
			記号		2	月	日	午前				
			番号		3	月	日	午前				
			区分		4	月	日	午前				
性別	男性・女性	S・H 年 月 日	保険者番号		1	月	日	午前	本館 ・ 南分室	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診  <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> ドック	
			記号		2	月	日	午前				
			番号		3	月	日	午前				
			区分		4	月	日	午前				