

全国健康保険協会 生活習慣病予防健診申込書

(事業所所在地) 〒	調査表送付先: (支店・営業所) ※事業所所在地と送付先が異なる場合のみ記入ください。 (事業所所在地) 〒
(事業所名称) 様	支店名 (営業所名)
担当者名 電話番号 FAX 番号	担当者名 電話番号 FAX 番号

(支払方法) <input type="checkbox"/> 当日窓口払い <input type="checkbox"/> 後日会社請求															
保 険 者 番 号		健康保険証の記号													
				ご希望のコース・検査に○印を付けてください											
健康保険証 の番号	フリガナ		性 別	生年月日	単独で受診 できます			協会補助対象検査 ※人間ドックと同時受診不可				健診予約日			
	氏 名				一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診	年	月	日	
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				
			男・女	昭・平 年 月 日	一般 健診 (生活)	人間 ドック	子宮 がん 検診 (単独)	節目 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検 診	骨粗鬆 症検診				

<記入上の注意>
 (注)今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、
 誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

<申込方法>
 受診日をご予約の後、必要事項をご記入いただきFAXにてお申し込みください。