



協会けんぽ 生活習慣病予防健診の申込用紙

| 事業所所在地 | 〒 ー | | 連絡事項 | 健診ご案内書類等の送付先(左記住所と異なる場合のみ記入ください) (〒 ー TEL) | | | | | | | | |
|--------|------------|-----------|-----------|---|----------------------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|----------|---|
| 事業所名 | | | | 支払方法⇒()当日本人支払 ()事業所へ請求書希望 (請求書の郵送先が左記住所と異なる場合のみ記入ください) | | | | | | | | |
| 担当者 | | | 保険者番号 | 保険証の記号 | (〒 ー TEL) | | | | | | | |
| TEL | | | | | 結果原本⇒()会社 ()受診者自宅 | | | | | | | |
| FAX | | | | | 結果コピー⇒()会社へ送付希望 ()不要 | | | | | | | |
| 番号 | フリガナ 氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日 | 一般健診に追加するものを ○で囲んでください。 | | | 健診希望日 | | | ※ 決定日 | 胃検査の希望に○をつけてください。 その他の希望(オプション検査追加等)があれば記入下さい。 |
| | 付加 健診 | 乳がん 検診 | | | 子宮がん 検診 | 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 | | | | |
| | | | | 昭・平 年 月 日 | 付加 健診 | 乳がん 検診 | 子宮がん 検診 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | (胃透視・経口カマ・経鼻カマ) |
| | | | | 昭・平 年 月 日 | 付加 健診 | 乳がん 検診 | 子宮がん 検診 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | (胃透視・経口カマ・経鼻カマ) |
| | | | | 昭・平 年 月 日 | 付加 健診 | 乳がん 検診 | 子宮がん 検診 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | (胃透視・経口カマ・経鼻カマ) |
| | | | | 昭・平 年 月 日 | 付加 健診 | 乳がん 検診 | 子宮がん 検診 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | (胃透視・経口カマ・経鼻カマ) |
| | | | | 昭・平 年 月 日 | 付加 健診 | 乳がん 検診 | 子宮がん 検診 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | (胃透視・経口カマ・経鼻カマ) |
| | | | | 昭・平 年 月 日 | 付加 健診 | 乳がん 検診 | 子宮がん 検診 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | (胃透視・経口カマ・経鼻カマ) |

※胃検査を都合にて希望されない場合には、空欄に「しない」とご記入ください。