



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	〒		—		連絡事項			適格請求書発行事業者番号 (当院との取引が初めての方)			〒 () 登録予定あり () 登録予定なし		
	事業所名							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) (〒 — TEL)			支払方法⇒() 当日本人支払 () 事業所へ請求書希望(オプション検査分含め) (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) (〒 — TEL)		
担当者	様		保険者番号		保険証の記号			結果原本送付先 ⇒ 会社 結果北へ会社へ送付 ⇒ () 要 () 不要					
TEL								結果原本送付先 ⇒ 会社 結果北へ会社へ送付 ⇒ () 要 () 不要					
FAX								結果原本送付先 ⇒ 会社 結果北へ会社へ送付 ⇒ () 要 () 不要					
番号	フリガナ 氏 名		性別 男・女	生年月日 昭・平 年 月 日	希望するものを○で囲んでください (ドック以外は対象年齢の方の選択)			携 帯 番 号			※ 決定日	胃検査の希望に○をつけてください オプション検査追加等があれば記入ください	
								第1希望日 第2希望日 第3希望日					
			男・女	昭・平 年 月 日	人間 ドック	節目 健診	骨密度 検査	乳がん 検診	子宮がん 検診	携帯番号 月 日 月 日 月 日		(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)	
			男・女	昭・平 年 月 日	人間 ドック	節目 健診	骨密度 検査	乳がん 検診	子宮がん 検診	携帯番号 月 日 月 日 月 日		(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)	
			男・女	昭・平 年 月 日	人間 ドック	節目 健診	骨密度 検査	乳がん 検診	子宮がん 検診	携帯番号 月 日 月 日 月 日		(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)	
			男・女	昭・平 年 月 日	人間 ドック	節目 健診	骨密度 検査	乳がん 検診	子宮がん 検診	携帯番号 月 日 月 日 月 日		(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)	
			男・女	昭・平 年 月 日	人間 ドック	節目 健診	骨密度 検査	乳がん 検診	子宮がん 検診	携帯番号 月 日 月 日 月 日		(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)	
			男・女	昭・平 年 月 日	人間 ドック	節目 健診	骨密度 検査	乳がん 検診	子宮がん 検診	携帯番号 月 日 月 日 月 日		(胃透視・ロカマ・鼻カマ・なし)	

