

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	〒 一		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)	T	() 登録予定あり () 登録予定なし	
									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) (〒 一 TEL)			
事業所名									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)			
担当者	様	保険者番号	保険証の記号			(〒 一 TEL)						
TEL									結果原本送付先 ⇒ 会社			
FAX									結果コピー会社へ送付 ⇒()要 (○)不要			
番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	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
				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				
		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			(胃透視・口カメラ・鼻カメラ・なし)
									月 日	月 日	月 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			(胃透視・口カメラ・鼻カメラ・なし)
									月 日	月 日	月 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			(胃透視・口カメラ・鼻カメラ・なし)
									月 日	月 日	月 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			(胃透視・口カメラ・鼻カメラ・なし)
									月 日	月 日	月 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			(胃透視・口カメラ・鼻カメラ・なし)
									月 日	月 日	月 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			(胃透視・口カメラ・鼻カメラ・なし)
									月 日	月 日	月 日	

記入時の注意事項

お問合せがある場合、平日9:00～16:30
0897-55-5121へお電話ください。

済生会西条病院 検診センター

就労区分等必要であればご記入ください。

FAX 0897-55-5241

申込日

支払い方法については必ず、
選択ください。
「オプションのみ本人」等は空欄
へ記入ください。

個人宅ご希望の場合は別途郵送料が発生する場合があります。ご相談ください。

胃の検査を希望しない場合はその旨をご記入ください。

氏名・フリガナ
は正確にご記
入ください。

生年月日は正確にご記入ください。

追加があれば〇で囲んでください。
対象年齢でなければ補助は出ませんが、希望すれば全額自己負担にて実施できます。自費にて希望と記入ください。
補助対象年齢については協会けんぽからの冊子で確認ください。

申し込み日から1ヶ月くらいの
余裕をもって、第1～第3希望
日まで、健診希望日をご記入
ください。

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。

※※保険証情報※※
必ず記入してください。