

全国健康保険協会管掌健康保険
生活習慣病予防健診申込書

(事業所所在地) 〒 -

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)

所在地 〒 -

岩国市医療センター医師会病院 行
FAX(0827)28-4197

(事業所名称)

(担当者名)

営業所名

担当者

※年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

電話番号 ()

電話番号 ()

FAX番号 ()

FAX番号 ()

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号

支払い方法； 窓口 ・ 請求書 健診書類送付先； 事業所 ・ 支店 ・ 自宅

健康保険証の番号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください		一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			健診希望月	健診日(決定)	送付 確認欄
				一般 健診	単独 子宮頸がん	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診			
		男							パ リ ム ・ カ マ ・ 胃 キ ャ ン チ ャ		
		女							年 月		
		男							パ リ ム ・ カ マ ・ 胃 キ ャ ン チ ャ		
		女							年 月		
		男							パ リ ム ・ カ マ ・ 胃 キ ャ ン チ ャ		
		女							年 月		
		男							パ リ ム ・ カ マ ・ 胃 キ ャ ン チ ャ		
		女							年 月		

※健診希望月には、御社が希望する健診月のみご記入ください。健診日につきましてはこちらで記入して返信いたします。

※女性の方で婦人科検診を希望される方は、協会けんぽのパンフレットをご確認いただき対象になっていることを確認して希望の検診を○で記入してください。(健診日程が少ないため、必ず希望者のみでお申込みください。)

※今年度、40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になられる方が付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。

※胃検査について パリム検査(当日)・胃カマ(別日)・胃キャンチャ が分かるように ○印を付けてください。(胃カマ；月曜午前・木曜午後・金曜午前)

※生年月日は、和暦で記入をお願いします。