

全国健康保険協会(協会けんぽ) 生活習慣病予防健診申込書(2025_01)

申込日 令和 年 月 日

名称	所在地	ご担当者名	TEL	FAX
事業所①	〒			
事業所② ※1	〒			

※1 事業所①と連絡先や送付先が異なる場合にご記入ください

※2 健診キット、結果の送付先を、ご自宅へ希望される方は、ご自宅の住所、電話番号をご記入ください

※希望年月日をご記入の際は、申込日から**2週間以降**の日付でお願い致します。
 なお、希望日どおりの予約がお取りできない場合もありますので、予めご了承ください。
 ※健診時間は、午前中のみとなります。当日は、**8時40分**までに、ご来院ください。

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	お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払(現金) <input type="checkbox"/> 後日会社請求
0 1		請求書送付先	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所②

※胃カメラ(口)、胃カメラ(口)+セデーション、胃カメラ(鼻)は、火曜・木曜のみ
 付加健診は、火曜・木曜・金曜のみ、
 乳がん検診は、**火曜・土曜(第4)のみ**受診可能です。
 子宮頸がん検診は、**月曜・火曜・木曜・金曜の午後のみ**受診可能です。

ID(※診察券お持ちの方) 健康保険証 番号	フリガナ 氏名	生年月日 性別	ご希望する健診種類の いずれか1つを 選択してください	一般健診と併せて受診 する健診を選択して ください(複数選択可)	予約 日	希望年月日(複数記載可) 確定年月日(※記載不要)	※3 健診キット送付先 ※4 健診結果送付先
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般(胃レントゲン) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・口) <input type="checkbox"/> セデーション <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・鼻) <input type="checkbox"/> 一般(胃検査なし) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	R 年 月 日 R 年 月 日	※3 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 ※4 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		ご自宅住所 〒 TEL ※2			
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般(胃レントゲン) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・口) <input type="checkbox"/> セデーション <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・鼻) <input type="checkbox"/> 一般(胃検査なし) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	R 年 月 日 R 年 月 日	※3 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 ※4 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		ご自宅住所 〒 TEL ※2			
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般(胃レントゲン) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・口) <input type="checkbox"/> セデーション <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・鼻) <input type="checkbox"/> 一般(胃検査なし) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	R 年 月 日 R 年 月 日	※3 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 ※4 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		ご自宅住所 〒 TEL ※2			
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般(胃レントゲン) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・口) <input type="checkbox"/> セデーション <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・鼻) <input type="checkbox"/> 一般(胃検査なし) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	R 年 月 日 R 年 月 日	※3 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 ※4 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		ご自宅住所 〒 TEL ※2			

※セデーション:通常の麻酔の他に、点滴で眠った状態にする麻酔のことです。(胃カメラ・口のみ選択可)

医療法人社団 星風会 井上クリニック
 医事課 健診担当

TEL:03-3850-5771/FAX:03-3850-5822
 e-mail:kenshin@inouehsp.or.jp