

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 (2022_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、健診結果の送付先を自宅希望の方は、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**の日付をお願い致します。
 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。

※胃カメラ(口)、付加健診は、火曜・木曜・金曜のみ、胃カメラ(鼻)は、火曜・木曜のみ、
 乳がん検診は、火曜・土曜(第1、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。

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"/> 当日窓口現金支払
0 1			<input type="checkbox"/> 後日会社請求
		請求書送付先	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所②

ID(※記載不要)	フリガナ 氏名	健康保険 本人(被保険者) 令和 年 月 日交付 記号 <input type="text"/> 番号 <input type="text"/> (枝番) 00 生 月 日 性別 資格取 年月日 事業所名称 保険者番号 <input type="text"/> 保険者名称 全国健康保険協会 東京支部 保険者所在地 東京都中野区中野 4-10-2	希望年月日	健診キット事前送付先
健康保険証番号			年月日(※記載不要)	健診結果送付先
			月 日 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅	年 月 日 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅
			所 〒	所 〒
			月 日 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅	年 月 日 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅
			所 〒	所 〒
			月 日 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅	年 月 日 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅
			所 〒	所 〒

<input type="checkbox"/> 平成	年齢	<input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・口)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	R 年 月 日	<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		<input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ・鼻)	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査	ご自宅住所	〒
		<input type="checkbox"/> 一般(胃なし)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	TEL ※2	
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独			