

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

※R8年度より子宮頸がん検診は行っておりません

(事業所所在地) 〒

岩国市医療センター医師会病院 行

FAX(0827)28-4197

(事業所名称)

※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。

(担当者名)

電話番号 ()

FAX番号 ()

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)

所在地 〒

営業所名

担当者

電話番号 ()

FAX番号 ()

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

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号										
健康保険証の番号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日		若年健診 20歳・25歳・ 30歳	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
		男		一般 健診	若年 健診	節目 健診	乳がん 検診	骨粗鬆症 検診	バリウム・造影・胃キョウ 年 月		
		女									
		男		一般 健診	若年 健診	節目 健診	乳がん 検診	骨粗鬆症 検診	バリウム・造影・胃キョウ 年 月		
		女									
		男		一般 健診	若年 健診	節目 健診	乳がん 検診	骨粗鬆症 検診	バリウム・造影・胃キョウ 年 月		
		女									
		男		一般 健診	若年 健診	節目 健診	乳がん 検診	骨粗鬆症 検診	バリウム・造影・胃キョウ 年 月		
		女									
		男		一般 健診	若年 健診	節目 健診	乳がん 検診	骨粗鬆症 検診	バリウム・造影・胃キョウ 年 月		
		女									

※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。(希望に添えないこともあります)

※女性の方で乳がん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○で記入してください。(必ず希望される方のみご記入ください)

※40～74歳の偶数年齢の女性被保険者の方で、「骨粗鬆症検診」を希望される方は、「骨粗鬆症検診」を○で囲んでください。

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

※今年度、20歳・25歳・30歳になられる方が若年健診を希望される場合は、「若年健診」を○で囲んでください。

※胃検査について バリウム検査(当日)・胃造影(別日)・胃キョウ が分かるように ○印を付けてください。(胃造影；月曜午前・木曜午前・午後・金曜午前)

※生年月日は、和暦で記入をお願いします。