全国健康保険協会

生活習慣病予防健診申込書

〇年度内おひとり様1回に限り、協会けんぽが
健診費用の一部を補助します。

健康保険証の保険者番号	保険証の記号

（事業所所在地）〒　　ー

（事業所名称）

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）は
記入してください。

所在地　〒　　ー

支店名
（営業所名）

担当者名

電話番号

FAX番号

	保険証番号	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを〇で囲んでください		一般健診と併せて受診する場合は〇で囲んでください			健診を受ける日	備考
（例）	123	ケンシン　ハナコ 健診　花子	女	S36.10.1	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	2020年10月1日	胃カメラ希望です。
					一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	年　月　日	
					一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	年　月　日	
					一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	年　月　日	
					一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	年　月　日	
					一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	年　月　日	
					一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	年　月　日	
					一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん	子宮頸がん	年　月　日	