全国健康保険協会

生活習慣病予防健診申込書

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。

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

（事業所所在地）　〒□□□－□□□□

（フリガナ）
（事業所名称）

（事業主氏名）

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）は下記に連絡先を記入してください。

所在地

支店名
（営業所名）

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

受付番号（記入不要）	健康保険証番号	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○で囲んでください		一般健診に追加する場合は○で囲んでください			健診を受ける日	健診機関名（健診機関コード）	備考
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		
			男・女	昭・平　年　月　日	一般健診	子宮頸がん検診（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成　年　月　日		

巡回健診車の希望有無	有　・　無

- ●当健康管理センター（施設）をご希望される方は希望年月日をご記入頂き、オプション検診等がございましたら備考欄へご記入ください。
- ●バス健診を希望される事業所様は希望月をご記入ください。
- ●協会けんぽの補助の対象は、平成２５年中に７５歳になられる誕生日前日まで受診できます。

四日市社会保険病院
健康管理センター　発行

受付印