

生活習慣病予防健診申込書

(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 \_\_\_\_\_

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

受付番号 (記入不要)	健康保険証の 番号	フリガナ		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					
		氏	名			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			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			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			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			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			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			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			付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	平成 年 月 日							

- 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28年度中に75歳になられる誕生日前日まで受診できます。

巡回健診車の希望有無	有 ・ 無
------------	-------

四日市羽津医療センター  
健康管理センター 発行

※平成26年4月より、四日市社会保険病院は「四日市羽津医療センター」へ移行しました

