

全国健康保険協会

被保険者(ご本人)用

生活習慣病予防健診申込書

年 月 日

★太枠内は必ずご記入ください★

○年度内お1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。

※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。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

所在地	〒 -
支店・営業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

R 年度

協会受付印



保険者番号				記号(右詰め)				健康保険証		フリガナ		性別	生年月日	どちらかを○で囲んでください		対象年齢で受診する場合は○で囲んでください			健診を受ける日	健診機関名(コード10桁)										備考						
健康保険証番号				保険証の氏名の上に記載の数字				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	令和	年		月	日	4	0	1	2	2	1	9	1		1	1				
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	
												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	令和	年	月	日	4	0	1	2	2	1	9	1	1	1	

巡回検診車の希望の有無	有・無
-------------	-----