

全国健康
保険協会 生活習慣病予防健診申込書

(事業所所在地)

加入者(ご本人用)

(事業所名称)

令和 年 月 日

全国健康保険協会 支部 行

○年度内お一人様1回限り、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。

所在地 〒 —

支店名

(営業所名)

担当者名

電話番号

FAX番号

担当者名

電話番号

FAX番号

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		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		一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			健 診 を 受 け る 日	健 診 機 関 名 (健診機関コード)		備 考		
氏 名		氏 名		一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)			付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年		月	日		医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	
				男・女	昭・平	年 月 日	一 般 健 診	子宮がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮が ん検診	平 成	年	月	日	医 療 法 人 財 団 総 友 会 第 二 臨 海 ク リ ニ ッ ク	1 3 1 2 3 2 6 7 7 5	

※「健診を受ける日」は、受診したい健診機関とあらかじめ日程調整してから記入していただく欄です。

＜記入上の注意＞

- 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮がん検診のみを希望される場合は、「子宮がん検診(単独)」を○で囲んでください。
 - 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
 - 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
 - 健診機関名は、健診を受ける健診機関名を記入して下さい。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関一覧表などを参照し記入して下さい。
 - 検診車による健診受診を希望される事業所にあたっては、事業所単位で記入して下さい。
- (注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日前日までに受診を終えていただく必要があります。
(注) この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

巡回健診車の
希望の有無

有・無

