

全国健康保険協会管掌健康保険 被保険者 ご本人用
生活習慣病予防健診 申込書

(事業所所在地)

(事業所名称)

〒 _____

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 〒 _____

支店名

(営業所名)

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX 番号 () _____

申込日 年 月 日

協会への郵送は不要です。
下記 FAX 番号にのみお送り
ください。

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

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX 番号 () _____

健康保険の 番号	フリガナ	性別	生年月日	希望する健診の種類 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 (和暦でご記入ください)	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		
		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	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	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	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	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	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	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	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	年 月 日	