全国健康保険協会（協会けんぽ）生活習慣病予防健診申込書

事業所住所	〒		
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	

FAX 送信先
いみずクリニック
FAX 番号：0562-47-0133
電話：0562-47-0033

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	

結果送付先	自宅　・　会社
お支払方法	当日窓口　・　振込

備考（ご要望があればお書きください）

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診される種類（○で囲んでください） 一般健診(必須項目)	付加健診(40.45.50.55.60.65.70 歳)	乳がん(40 歳以上の偶数年齢)	子宮頸がん(偶数年齢)	その他の健診(34 歳以下)	受診希望日 第 1 希望	第 2 希望	備考
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	

※受診希望日は 2 週間以上あとの日にちをご記入ください。
※子宮頚がん検診は委託先医療機関での受診となります。
※お振込みの際は月末締め翌月末払いとなります。

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診される種類（○で囲んでください） 一般健診(必須項目)	付加健診(40・50歳)	乳がん(偶数年齢)	子宮頸がん(偶数年齢)	その他の健診(34歳以下)	受診希望日 第1希望	第2希望	備考
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	
		男 女	昭 平　年　月　日	●				A コース B コース	月　日 時頃	月　日 時頃	