

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）					受診希望日		備考
				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)	第1希望	第2希望	
		男	昭 年 月 日	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	平 年 月 日					Bコース	時 頃	時 頃	
		男	昭 年 月 日	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	平 年 月 日					Bコース	時 頃	時 頃	
		男	昭 年 月 日	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	平 年 月 日					Bコース	時 頃	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。

※乳がん・子宮頸がん検診は委託先医療機関での受診となります。

※お振込みの際は未締め翌月末払いとなります。

健康保険証 の番号	フリガナ	性別	生年月日	受診される種類 (○で囲んでください)					受診希望日		備考
	氏名			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)	第1希望	第2希望	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	
		男	昭平	●				Aコース	月 日	月 日	
		女	年 月 日					Bコース	時頃	時頃	