

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	

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	
				一般健診 （必須項目）	付加健診 （40・50歳のみ）	乳がん検診 （偶数年齢）	子宮頸がん検診 （偶数年齢）	第1希望	第2希望
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					

※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。乳がん・子宮頸がん検診の受診日が確定した後に一般健診の受診日をお決め頂きますので、受診希望日の記入は不要です。FAX 受け付け後、乳がん・子宮頸がん検診申込書をお送りいたします。

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)				受診希望日	
				一般健診 (必須項目)	付加健診 (40・50歳のみ)	乳がん検診 (偶数年齢)	子宮頸がん検診 (偶数年齢)	第1希望	第2希望
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					
		男 女	昭 平 年 月 日	●					

※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。乳がん・子宮頸がん検診の受診日が確定した後に一般健診の受診日をお決め頂きますので、受診希望日の記入は不要です。FAX 受け付け後、乳がん・子宮頸がん検診申込書をお送りいたします。