



協会けんぽ 生活習慣病予防健診の申込用紙

事業所所在地	〒 ー		連絡事項	適格請求書発行事業者番号 () 登録予定あり (当院との取引が初めての方) () 登録予定なし					
	健診ご案内書類等の送付先(左記住所と異なる場合のみ記入ください) (〒 ー TEL)								
事業所名				支払方法⇒()当日本人支払 ()事業所へ請求書希望(オプション検査分含め) (請求書の郵送先が左記住所と異なる場合のみ記入ください)					
担当者	様	保険者番号	保険証の記号	(〒 ー TEL)					
TEL				結果原本送付先 ⇒ 会社					
FAX				結果コピー会社へ送付 ⇒ ()要 (○)不要					
番号	フリガナ	性別	生年月日	一般健診に追加するものを ○で囲んでください	携帯番号			※ 決定日	胃検査の希望に○をつけてください オプション検査追加等があれば記入ください
	氏名				第1希望日	第2希望日	第3希望日		
		男・女	昭・平 年 月 日	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	携帯番号		(胃透視・経口カマ・経鼻カマ)
		男・女	昭・平 年 月 日	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	月 日 月 日 月 日		(胃透視・経口カマ・経鼻カマ)
		男・女	昭・平 年 月 日	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	月 日 月 日 月 日		(胃透視・経口カマ・経鼻カマ)
		男・女	昭・平 年 月 日	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	月 日 月 日 月 日		(胃透視・経口カマ・経鼻カマ)
		男・女	昭・平 年 月 日	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	月 日 月 日 月 日		(胃透視・経口カマ・経鼻カマ)
		男・女	昭・平 年 月 日	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	月 日 月 日 月 日		(胃透視・経口カマ・経鼻カマ)

カメラ希望者は、差額¥2,200
必要になりました。

※胃検査を都合にて希望されない場合には、空欄に「しない」とご記入ください。

記入時の注意事項

お問合せがある場合、平日9:00~16:30
0897-55-5121へお電話ください。

済生会西条病院
検診センター

就労区分等必要であればご記入ください。

FAX 0897-55-5241

申込日
令和 年 月 日

協会けんぽ 活習慣病予防健診の申込用紙

事業所所在地	連絡事項		通絡請求書発行事業者番号 (当院との取引が初めての方)	() 登録予定あり () 登録予定なし
〒 -			健診ご案内書類等の送付先(左記住所と異なる場合のみ記入ください)	(〒 - TEL)
個人番号		0から始まる8桁の番号		
担当者	様	保険者番号	保険証の記号	
TEL			結果原本送付先 ⇒ 会社	
FAX			結果ごへ会社へ送付 ⇒ () 要 () 不要	
氏名	性別	生年月日	一般健診に追加するものを ○で印してください	※ 決定日
番号	氏名	昭・平	付加健診	胃検査の希望に○をつけてください。 オプション検査追加等があれば記入下さい。
		年 月 日	乳がん検査	(胃透視・経口カメラ・経鼻カメラ)
		年 月 日	子宮がん検査	
		年 月 日	付加健診	
		年 月 日	乳がん検査	
		年 月 日	子宮がん検査	
		年 月 日	付加健診	
		年 月 日	乳がん検査	
		年 月 日	子宮がん検査	

支払い方法については必ず、
選択ください。
「オプションのみ本人」等は空欄
へ記入ください。

個人宅ご希望の場合は別途
送料が発生する場合があります。
ご相談ください。

カメラ希望者は、差額2,200
必要になりました。

胃の検査を希望しない場合
はその旨をご記入ください。

時間までに来られない場合等
直接連絡をお取りさせていただ
く場合があります。

オプション希望などがあれば
ご記入してください。
*オプションパンフレットを参照く
ださい。

決定日は記入しないで下さい。
医療機関で決定しご連絡いた
します。

氏名・フリガナ
は正確にご記
入ください。

生年月日は正確にご
記入ください。

7~8桁の番号

追加があれば○で囲んでください。
対象年齢でなければ補助は出ませんが、希望す
れば全額自己負担にて実施できます。自費にて
希望と記入ください。
補助対象年齢については協会けんぽからの冊子
で確認ください。

申し込み日から1ヶ月くらいの
余裕をもって、第1~第3希望
日まで、健診希望日をご記入
ください。

※※保険証情報※※
必ず記入してください。