



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。

