

# 生活習慣病予防健診申込書の記入例

左記の連絡先の所在地と異なる場合は  
ご記入ください。

希望されるほうにチェックをつけてください。  
自宅希望の場合は住所・電話番号をご記入ください。

## 聖隷佐倉市民病院健診センター専用 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

※保険証に記載されている事業所名称をご記入ください

事業所所在地(本社)	〒 999 - 9999 千葉県佐倉市〇〇1-2
事業所名称(本社)	株式会社〇〇〇〇〇
ご担当者	〇〇
電話番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇

※左記と連絡先・送付先が別の場合、営業所名等ご記入ください

事業所所在地(営業所)	〒 -
事業所名称(営業所)	
ご担当者	
電話番号	
FAX番号	

**★郵送物送付先★**  
いずれかにチェックをつけてください  
ご自宅希望の場合は、住所欄・電話番号欄をご記入ください

問診票	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 事業所(本社・営業所)
健診結果表	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 事業所(本社・営業所)

・健診結果は一律2部、閉封して一箇所へ郵送させていただきます  
・年度途中での変更はできません

**★お支払い方法★**  
いずれかにチェックをつけてください

<input checked="" type="checkbox"/> 全額窓口払い	<input type="checkbox"/> 事業所請求
--	--------------------------------

請求書送付先 (本社・営業所)

事業所請求にチェックをつけた方は、  
事業所へ請求して良い項目にチェックをつけてください

<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 乳がん・子宮頸がん(補助対象)
<input type="checkbox"/> 一般健診・法定定期健診	<input type="checkbox"/> 差額胃カメラ
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(補助対象)	<input type="checkbox"/> その他オプション
<input type="checkbox"/> 付加健診(補助対象)	

※年度途中での支払い方法の変更はできません

保険証に記載されている事業所名称をご記入  
下さい



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											
0	1	1	2	0	0	1	3	21700023					
健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日	受診を希望する項目を○で囲んでください				備考	希望日	回答確定日			
1	キョウカイ タロウ	男	昭平 64年1月4日	一般健診	人間ドック	付加健診	乳がんマンモグラフィ	子宮頸がん	法定定期	準拠	胃カメラ	第一希望 4月3日	受付時間
	協会 太郎	女	昭平 64年1月4日	一般健診	人間ドック	付加健診	乳がんマンモグラフィ	子宮頸がん	法定定期	準拠	胃カメラ	第二希望 月 日	令和 年 月 日
	自宅住所	〒	999 - 9999	千葉県佐倉市〇〇〇3-5				電話番号	043 - 555 - 5555		第一希望 月 日	受付時間	
	自宅住所	〒	年 月 日	一般健診	人間ドック	付加健診	乳がんマンモグラフィ	子宮頸がん	法定定期	準拠		第二希望 月 日	令和 年 月 日
	自宅住所	〒	年 月 日	一般健診	人間ドック	付加健診	乳がんマンモグラフィ	子宮頸がん	法定定期	準拠		第一希望 月 日	受付時間
	自宅住所	〒	年 月 日	一般健診	人間ドック	付加健診	乳がんマンモグラフィ	子宮頸がん	法定定期	準拠		第二希望 月 日	令和 年 月 日
	自宅住所	〒	年 月 日	一般健診	人間ドック	付加健診	乳がんマンモグラフィ	子宮頸がん	法定定期	準拠		第一希望 月 日	受付時間
	自宅住所	〒	年 月 日	一般健診	人間ドック	付加健診	乳がんマンモグラフィ	子宮頸がん	法定定期	準拠		第二希望 月 日	令和 年 月 日

オプションの追加等をご記入ください。  
例) スペシャルドック・胃カメラ・乳房エコーなど

★申込書はFAXまたはメールにて聖隷佐倉市民病院健診センターへ送信をお願いします★  
FAX 043-486-1687 E-MAIL sk-dock@sis.seirei.or.jp