

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。

漏れのないようご記入ください

記載されている事業所名称を
ご記入下さい。

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	〒999-9999 〇〇県△△市□□町1-2-3
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇
ご担当者	△△△課 聖隷 太郎
電話番号	123-(456)-7890
FAX番号	123-(456)-7899

※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	〒 -
支店名 (営業所名)	
ご担当者	
電話番号	
FAX番号	

☆郵送物送付先について☆

いずれかにチェックをつけてください

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

☆お支払いについて☆

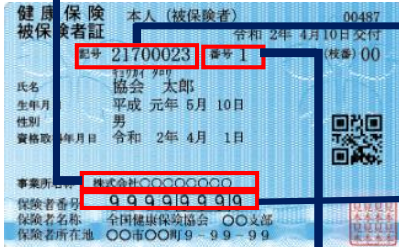
いずれかにチェックをつけてください

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

事業所請求にチェックをつけた方は、下記
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

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

※ 年度途中での支払い方法の変更はできません
※ 健診実施翌月10日前後に請求書を郵送いたします
※ お振込手数料は、事業所様にてご負担をお願いいたします



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
8桁	21700023

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	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 オプション等ご記入ください	希望日	回答確定日 (聖隷佐倉記入欄)	
				協会けんぽ補助対象			補助対象外						
1	キョウカイ タロウ	男	昭 ××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	
	協会 太郎	女	平 ××年 ×月 ×日								第二希望 ×月 ×日	令和 年 月 日	
123	キョウカイ ハナコ	男	昭 ××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	胃カメラ	第一希望 ×月 ×日	受付時間
	協会 花子	女	平 ××年 ×月 ×日								第二希望 ×月 ×日	令和 年 月 日	
1234	キョウカイ ヤスコ	男	昭 ××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	乳房エコー	第一希望 ×月 ×日	受付時間
	協会 保子	女	平 ××年 ×月 ×日								第二希望 ×月 ×日	令和 年 月 日	
		男・女	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
		男・女	年 月 日								第二希望 月 日	令和 年 月 日	

注意)今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療保険の被保険者となりますので、

☆申込書はFAXまたはメールにて聖隷佐

FAX 043-486-1687

オプションの追加等がありましたらこちらにご記入ください。

※記入例/スペシャルドック 胃カメラ(経口、経鼻)

乳房エコー検査等