

協会けんぽ生活習慣病予防健診申込書

深谷寄居医師会メディカルセンター

FAX 0120-911-963



※太枠内をご記入ください

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ			
事業所名			
担当者 部課名		担当者氏名	
住所	〒		<input type="checkbox"/> 資料 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/>
結果・請求送付先が異なる場合の住所	〒		<input type="checkbox"/> 資料 <input type="checkbox"/> 結果 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/>
電話番号		FAX 番号	
申込人数	計 名		

事業所ID

★協会けんぽから送付されている、氏名等が印字された「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」に記載のないかたの申し込みはこちらに記入してください。

★この健診を法定健診の代用としている事業所様は受診者様より結果の写しの提供を受けてください。当センターより結果提供する場合は、同意書の提出をお願いします。詳しくはお問合せください。

★受診人数が5名未満の場合は、当日支払いとなります。5名以上で請求希望の場合は備考欄にご記入ください。

★領収書が必要な場合は、当日支払いのみ。領収書再発行はできません。

※乳がん検診はマンモグラフィが補助対象です。乳房超音波は自費です。

保険者番号	保険証の記号
-------	--------

保険証番号	フリガナ		性別	生年月日	【健診の種類】 ○で囲んでください			一般(節目)健診と併せて受診できます			オプション 健診予約日		
	氏	名			一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日
			男・女	S. H.	一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日
			男・女	S. H.	一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日
			男・女	S. H.	一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日
			男・女	S. H.	一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日
			男・女	S. H.	一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日
			男・女	S. H.	一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日
			男・女	S. H.	一般健診	節目健診	骨粗鬆症検診	※乳がん検診 (マンモグラフィ)	子宮頸がん検診	R	年	月	日

【備考】

当日支払い

全会社

別紙申込書あり

