

協会けんぽ 健康診断申込用紙

FAX : 047-437-5565 (24時間受付)

事業所名 (ふりがな)		事業所住所/電話番号 〒	
		電話 () -	
ご担当者名 (ふりがな)		健康保険組合名 (保険者名称)	保険者番号
			保険証記号
申込日 年 月 日	健診場所 院内 ・ 巡回	※協会の補助を受けるには保険証の「保険者番号・記号・番号」の記入が必須です。ご記入がない場合補助が受けられなくなります。	

フリガナ 受診者氏名	性別 被保険者	生年月日	保険証番号	コース <small>※ ご希望のコースに○を付けてください ※ 協会コースは補助対象年齢の方のみご記入ください</small>	予約希望日	備考
□あり	男	大・昭・平		協会 一般・付加	① 月 日	□胃カメラ希望
	女	年		子宮がん(単独・併用)・マンモ	② 月 日	
	本人	月		自費 一般・労安	③ 月 日	
家族	日	子宮がん・マンモ・乳エコー				
□あり	男	大・昭・平		協会 一般・付加	① 月 日	□胃カメラ希望
	女	年		子宮がん(単独・併用)・マンモ	② 月 日	
	本人	月		自費 一般・労安	③ 月 日	
家族	日	子宮がん・マンモ・乳エコー				
□あり	男	大・昭・平		協会 一般・付加	① 月 日	□胃カメラ希望
	女	年		子宮がん(単独・併用)・マンモ	② 月 日	
	本人	月		自費 一般・労安	③ 月 日	
家族	日	子宮がん・マンモ・乳エコー				
□あり	男	大・昭・平		協会 一般・付加	① 月 日	□胃カメラ希望
	女	年		子宮がん(単独・併用)・マンモ	② 月 日	
	本人	月		自費 一般・労安	③ 月 日	
家族	日	子宮がん・マンモ・乳エコー				
□あり	男	大・昭・平		協会 一般・付加	① 月 日	□胃カメラ希望
	女	年		子宮がん(単独・併用)・マンモ	② 月 日	
	本人	月		自費 一般・労安	③ 月 日	
家族	日	子宮がん・マンモ・乳エコー				
□あり	男	大・昭・平		協会 一般・付加	① 月 日	□胃カメラ希望
	女	年		子宮がん(単独・併用)・マンモ	② 月 日	
	本人	月		自費 一般・労安	③ 月 日	
家族	日	子宮がん・マンモ・乳エコー				
□あり	男	大・昭・平		協会 一般・付加	① 月 日	□胃カメラ希望
	女	年		子宮がん(単独・併用)・マンモ	② 月 日	
	本人	月		自費 一般・労安	③ 月 日	
家族	日	子宮がん・マンモ・乳エコー				

・問診票等の送り先が上記住所と異なる場合、下記へ住所をご記入ください。

□問診票・健診結果票とも下記住所へ □問診票のみ下記へ □結果票のみ下記へ

【住所】 〒

電話番号