

全国健康保険協会管掌健康保険

被保険者(ご本人用)

生活習慣病予防健診申込書
[手書き用申込書]

年 月 日

全国健康保険協会

支部 行

○年度内お一人様 1 回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

(事業所所在地) 〒

(事業所名称)

〒 -

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX番号 () _____

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は記入してください。

所在地 〒 -

支店名
(営業所名)

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX番号 () _____

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

受付番号 (記入不要)	健康保険証の 番 号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください		一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			健診を受ける日 (和暦でご記入ください)	健診機関名 (健診機関コード)	希望の胃検査
					一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診			
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	年 月 日		胃カメラ・バリウム
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	年 月 日		胃カメラ・バリウム
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	年 月 日		胃カメラ・バリウム
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	年 月 日		胃カメラ・バリウム
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	年 月 日		胃カメラ・バリウム
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	年 月 日		胃カメラ・バリウム
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	年 月 日		胃カメラ・バリウム

FAX 送付先：社会医療法人長崎記念病院 健診保健部 095-871-1140

なお、胃カメラ検査を希望する方は、下記の点をご確認下さい。

当院で胃カメラの鎮静剤を希望する方は、検査当日車の運転が 1 日できません。②胃カメラの鎮静剤料金は健診料金に含まれています。