

(様式1)

全国健康保険協会

加入者(ご本人用)

生活習慣病予防健診申込書

(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)は下記に連絡先を記入してください。

所在地 〒 -

支店名
(営業所名)

担当者名
電話番号 ()
FAX番号 ()

平成 年 月 日

全国健康保険協会北海道支部 御中

○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。

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	性別	生年月日	希望する検診の種類 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	健診機関名 (健診機関コード)	備考	
		氏名			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	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	
			男・女	昭・平	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	
			男・女	昭・平	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	
			男・女	昭・平	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	
			男・女	昭・平	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	
			男・女	昭・平	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	
			男・女	昭・平	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	
			男・女	昭・平	年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 一般健診	<input type="radio"/> 子宮頸がん検診 (単独)	<input type="radio"/> 付加健診	<input type="radio"/> 乳がん 検診	<input type="radio"/> 子宮頸がん 検診	平成 年 月 日	医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院 0115011934	

※「健診を受ける日」は、受診したい健診機関とあらかじめ日程調整してから記入いただく欄です。

<記入上の注意>

- 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んで下さい。また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んで下さい。
- 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んで下さい。
- 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んで下さい。
- 健診機関名は、健診を受ける健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関表(表)を参照し、記入してください。
- 検診車による健診受診を希望される事業所にあつては、事業所単位で記入してください。

(注) 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制度の被保険者となりますので、誕生日の前日まで健診を受診することができます。

(注) この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

巡回検診車の
希望の有無

有・ 無

受付印