

生活習慣病予防健診申込書

(事業所所在地)

〒	□□□□	-	□□□□	□□□□	□□□□

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)

担当者氏名

電話番号

F A X 番号

○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。

(フリガナ)

(事業所名称)

(事業主氏名)

担当者氏名

電話番号

F A X 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

記入不要	健康保険証の 番号	フリガナ		性別	生年月日	希望する健診の種類 のいずれかを○で囲んでください		一般健診に追加する場合は ○で囲んでください			健診を受ける日	オプション検査希望 ○で囲んでください			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		年	月	日	
				男・女	昭・平	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	差額付加・差額簡易・腹部エコー	乳X線・乳エコー・子宮頸がん	PSA・CA125・HbA1c・眼底	
				男・女	昭・平	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	差額付加・差額簡易・腹部エコー	乳X線・乳エコー・子宮頸がん	PSA・CA125・HbA1c・眼底	
				男・女	昭・平	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	差額付加・差額簡易・腹部エコー	乳X線・乳エコー・子宮頸がん	PSA・CA125・HbA1c・眼底	
				男・女	昭・平	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	差額付加・差額簡易・腹部エコー	乳X線・乳エコー・子宮頸がん	PSA・CA125・HbA1c・眼底	
				男・女	昭・平	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	差額付加・差額簡易・腹部エコー	乳X線・乳エコー・子宮頸がん	PSA・CA125・HbA1c・眼底	
				男・女	昭・平	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	差額付加・差額簡易・腹部エコー	乳X線・乳エコー・子宮頸がん	PSA・CA125・HbA1c・眼底	
				男・女	昭・平	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	差額付加・差額簡易・腹部エコー	乳X線・乳エコー・子宮頸がん	PSA・CA125・HbA1c・眼底	

●健診車を希望される事業所様は希望月をご記入ください。

●当健康管理センター（施設内）をご希望される方は希望年月日をご記入頂き、オプション検診等がございましたら備考欄へご記入ください。

●今年度で75歳を迎える方は、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

■申込みの際は必ず事前に本申込書を当センターへご送付ください■

巡回検診車の 希望有無	有 ・ 無
----------------	-------

四日市羽津医療センター
健康管理センター 発行

