

生活習慣病予防健診申込書

2026年度

(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

FAX番号

書類送付先等の確認 (下記□にチェックをお願いします。)

(フリガナ) (事業所名称) (事業主氏名)

担当者氏名 電話番号 FAX番号

保険者番号 記号

Table with columns: 番号(受診者ID), フリガナ氏名, 性別, 生年月日, 希望する健診の種類(一般健診, 一般健診(若年), 節健診, 人間ドック, 子宮頸がん検診(単独)), 追加で受診する場合は(乳がん検診, 子宮頸がん検診, 骨粗鬆症検診), 健診希望年月日, オプション検査希望(胃カメラ(経口・経鼻)・腹部エコー, 乳X線・乳エコー・子宮頸がん, PSA・CA125・HbA1c・眼底), 備考

※人間ドックを希望される方は、()に①か②をご記入ください。(①: 胃透視 ②: 胃カメラ)

- 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。
●施設内で受診をご希望の方は希望年月日をご記入頂き、オプション検診等は備考欄へご記入ください。
●健診車を希望される事業所様は希望月のみご記入ください。
●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 ※「有」を選択した事業所で、集合健診をご希望の場合は希望会場を○で囲んで下さい。

四日市羽津医療センター

健康管理センター 発行

受付印