

(協会けんぽ) 生活習慣病予防健診申込書

協会けんぽ被保険者
(ご本人用)

稲沢市民病院 健診センター宛
FAX番号 0587-24-5269 (直通)

【申込日】 年 月 日

フリガナ
【貴社名】 _____ 【ご担当者】 _____ 【TEL】 _____ 【FAX】 _____

〒 _____
【住所】 _____

【案内送付先】 会社・自宅 【結果送付先】 会社・自宅 ※会社用控え(要・不要) 【支払方法】 会社請求・本人払い

注：鼻カメラをご希望の場合は、「経鼻」に○をつけてください。
骨密度をご希望の場合は、超音波法かDEXA法のどちらかを希望してください。

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										
健康保険証の 番号	(カナ) 氏名	性別	生年月日	住所・電話番号	受診希望日	協会コース		協会オプション	自費オプション			
1	男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 一般健診 (胃カメラ・バリウム)	経鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>			
					第2	<input type="checkbox"/> 節目健診 (胃カメラ・バリウム)	経鼻	<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ		<input type="checkbox"/> 骨密度 (超音波法)		
					第3	<input type="checkbox"/> 人間ドック (胃カメラ・バリウム)	経鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法)				
					第4	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (単独)		<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス				
*ID				TEL ()								
2	男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 一般健診 (胃カメラ・バリウム)	経鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>			
					第2	<input type="checkbox"/> 節目健診 (胃カメラ・バリウム)	経鼻	<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ		<input type="checkbox"/> 骨密度 (超音波法)		
					第3	<input type="checkbox"/> 人間ドック (胃カメラ・バリウム)	経鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法)				
					第4	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (単独)		<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス				
*ID				TEL ()								

*ID欄の記入は不要です

【備考】

[健診センター処理欄]

	受領	予約	発送	
日付				
担当				

(協会けんぽ) 生活習慣病予防健診申込書

稲沢市民病院 健診センター宛
FAX番号 0587-24-5269 (直通)

健康保険証の 番号	(カナ) 氏名	性別	生年月日	住所・電話番号	受診希望日	協会コース	協会オプション	自費オプション	
1		男・女	T S H 年 月 日	〒 TEL ()	第1	<input type="checkbox"/> 一般健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がんマンモ	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>
					第2	<input type="checkbox"/> 節目健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (超音波法)	
		第3	<input type="checkbox"/> 人間ドック (胃カメラ・バリウム)		経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法)			
		第4	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (単独)			<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス			
		*ID							
2		男・女	T S H 年 月 日	〒 TEL ()	第1	<input type="checkbox"/> 一般健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がんマンモ	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>
					第2	<input type="checkbox"/> 節目健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (超音波法)	
		第3	<input type="checkbox"/> 人間ドック (胃カメラ・バリウム)		経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法)			
		第4	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (単独)			<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス			
		*ID							
3		男・女	T S H 年 月 日	〒 TEL ()	第1	<input type="checkbox"/> 一般健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がんマンモ	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>
					第2	<input type="checkbox"/> 節目健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (超音波法)	
		第3	<input type="checkbox"/> 人間ドック (胃カメラ・バリウム)		経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法)			
		第4	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (単独)			<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス			
		*ID							
4		男・女	T S H 年 月 日	〒 TEL ()	第1	<input type="checkbox"/> 一般健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がんマンモ	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>
					第2	<input type="checkbox"/> 節目健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (超音波法)	
		第3	<input type="checkbox"/> 人間ドック (胃カメラ・バリウム)		経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法)			
		第4	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (単独)			<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス			
		*ID							
5		男・女	T S H 年 月 日	〒 TEL ()	第1	<input type="checkbox"/> 一般健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がんマンモ	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>
					第2	<input type="checkbox"/> 節目健診 (胃カメラ・バリウム)	経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (超音波法)	
		第3	<input type="checkbox"/> 人間ドック (胃カメラ・バリウム)		経 鼻	<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法)			
		第4	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (単独)			<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス			
		*ID							