

生活習慣病予防健診申込書

中田病院 健康推進課 行

FAX : 0480-61-4467

(事業所所在地) 〒 _____

(事業所名称) _____

担当者名 _____

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

※1 左記と事前書類送付先・健診結果送付先が別の場合(支店・営業所)は記入してください。

所在地 〒 _____

支店・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

●費用のお支払い
当日現金・会社請求

●事前書類送付先
事業所・支店/営業所・自宅

●健診結果送付先
事業所・支店/営業所・自宅

No.	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	※2一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			※3健診を受ける日 (和暦でご記入ください)	備考
1			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	
2			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	
3			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	
4			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	
5			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	
6			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	
7			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	
8			男・女	昭和・平成 年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	

※1 事前書類送付先・健診結果送付先が自宅の場合は、備考欄に「住所・電話番号」を記入してください。

※2 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、あらかじめ受診日の予約時に「付加健診希望」とお申し出ください。

※3 「健診を受ける日」欄は、あらかじめ受診日を予約したうえで記入してください。記入されていない場合、お問い合わせさせていただくことがあります。

【記入上の注意】

- ・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○で囲んでください。
- ・今年度で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、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。