

2024年度 健康診断 申込書(協会けんぽ加入事業所用)

事業所名(受診者所属先)  
.....  
電話番号

年 月 日

ヘルスケアセンター記入欄			
枠	本	TEL	振分け

②

記号	健康保険証の番号	保険証区分	フリガナ		性別	生年月日	受診希望コース	健診希望日 (または希望の月や曜日等)	備考(希望オプション)
			氏	名					
1		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							
2		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							
3		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							
4		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							
5		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							
6		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							
7		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							
8		I. 協会(本人)			男・女	年 月 日 ( ) 才	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診(35歳以上協会本人) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ付加健診(対象年齢※の希望者) <input type="checkbox"/> 人間ドック(半日・1日・通院2日) <input type="checkbox"/> 法定健診(AM・PM) <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(特定併用・補助なし) <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		II. 協会(扶養/家族)							
		III. 国保							
		IV. その他の健保							

※お申込み後、氏名・保険証等の情報に変更があった場合やオプションを追加される場合等は、当センターまで事前にご連絡をお願いいたします。

※年齢は年度年齢(誕生日後の年齢)でご記入下さい。 ※付加健診対象年齢:40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳