

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)

〇〇株式会社 ××支店

電話番号

333-333-3333

2024年 4月 1日

ヘルスケアセンター記入欄

団・仮	本	〒

(記入例)

① 記号 12345678 ③ 保険者番号 1430016

健康保険証の番号	④ 保険証区分	フリガナ 氏名	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)
111	I. 協会(本人)	クマモト タロウ	男	1970年12月13日 (54)才	<input checked="" 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	2024年5月13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 checked="" type="checkbox"/> その他 (腹部超音波、PSA)
222	I. 協会(本人)	クマモト ハナコ	女	1995年8月30日 (29)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 checked="" 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	2024年5月15日	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (乳房超音波検査)
111	I. 協会(本人)	クマモト ヨウコ	女	1972年5月3日 (52)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 checked="" 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	2024年6月13日	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん(協会補助 有・無) <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)(協会補助 有・無) <input type="checkbox"/> その他
②	I. 協会(本人)		男	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	
②	II. 協会(扶養/家族)		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	
②	III. 国保		男	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	
②	IV. その他の健保		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	

※①保険証記号・③保険者番号は事業所で共通、
②保険証番号はお一人ずつ異なる番号となります
(※扶養の方は被保険者と同一)

〈婦人科オプションについて〉
協会本人かつ以下の年度年齢の方は協会補助料金が適応されます
・子宮頸がん :20歳以上偶数
・マンモグラフィ検査 :40~48歳偶数、50歳以上偶数
※上記以外の方はヘルスケアセンターの通常オプション料金となります



〈ご注意〉
・コースやオプション項目は全てご記入をお願いいたします (昨年の情報によらずご記入いただいた内容でご登録しております)
・当日までに「受診日程や内容の変更」「氏名・保険証の変更」等があった際は、当センターまで必ず事前にご連絡をお願いいたします
※書類の提出をもって予約を確定とさせていただきます

※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