

全国健康保険協会(協会けんぽ)
生活習慣病予防健診申込書 (2020_01)

医療法人社団 星風会 井上クリニック 医事課
【TEL:03-3850-5771/FAX:03-3850-5822】

【e-mail: kenshin@inouehsp.or.jp】

申込日: 令和 年 月 日

事業所①

所在地 〒
名称
ご担当者名
TEL / FAX

事業所②(①と連絡先や送付先が別の場合はご記入ください)

所在地 〒
名称
ご担当者名
TEL / FAX

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
0 1	

※ 希望年月日をご記入の場合は、申込日から2週間以降の日付でお願い致します。
なお、希望日どおりの予約がお取りできない場合もありますので、予めご了承ください。

ID(※記載不要) 健康保険証番号	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	希望する健診種類の いずれかを選択して ください	一般健診と併せて 受診する健診を 選択してください	予 約 日	希望年月日	健診キット事前送付先
						確定年月日(※記載不要)	健診結果送付先
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご自宅 〒				TEL	
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご自宅 〒				TEL	
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご自宅 〒				TEL	
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年齢	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	R 年 月 日 R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所① <input type="checkbox"/> 事業所② <input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご自宅 〒				TEL	