

# 生活習慣病予防健診申込書


事業所名			
所在地			
電話番号		担当者	

**健康保険被保険者証** 本人(被保険者) 00111  
平成26年6月25日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 加藤 太郎  
生年月日 平成 元年 5月 10日  
性別 男  
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 ○○ 株式会社  
保険者番号 01101100116  
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部  
保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○-○



<b>対象の生年月日</b> ※対象外の方は記入しても費用補助を受けることができません (受診自体は可能です)	一般健診	35歳以上75歳未満
	付加健診	40歳か50歳
	乳がん検診	40歳以上74歳以下の偶数年齢
	子宮頸がん検診	36歳以上74歳以下の偶数年齢

フリガナ 名前	保険者番号 (8桁)	事業所記号 (最大8桁)	被保険者番号 (最大7桁)	生年月日 ※西暦	健診予定日 ※西暦	健診の種類	追加する健診
				年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般+付加 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん+子宮頸がん
健診キット送付先住所		〒		屋間の連絡先: ( ) -			
※右上の会社住所に送る場合は記入不要							
				年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般+付加 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん+子宮頸がん
健診キット送付先住所		〒		屋間の連絡先: ( ) -			
※右上の会社住所に送る場合は記入不要							
				年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般+付加 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん+子宮頸がん
健診キット送付先住所		〒		屋間の連絡先: ( ) -			
※右上の会社住所に送る場合は記入不要							
				年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般+付加 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん+子宮頸がん
健診キット送付先住所		〒		屋間の連絡先: ( ) -			
※右上の会社住所に送る場合は記入不要							
				年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般+付加 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん単独	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 乳がん+子宮頸がん
健診キット送付先住所		〒		屋間の連絡先: ( ) -			
※右上の会社住所に送る場合は記入不要							