

令和 年度 協会けんぽ・各種健康診断申込書 様式②

受診日が確定後、下表に健康診断の受診者様情報をご記入の上、**2週間以内**にFAXをお願いします。

- ★ 乳がん、子宮がん検診については、**協会補助対象年齢の方のみ**ご記入ください。
 なお、協会乳がん・子宮がん検診の受け入れは、3月末の営業5日間はお受けできませんのでご了承ください。
- ★ 初めて受診される方または過去に受診歴があり住所・連絡先の変更がある方は、連絡先変更・新規登録に○印を付け、様式③連絡先等変更届けも同時にFAXしてください。
- ★ 胃カメラをご希望の場合には、別途費用(税込¥4,400)がかかります。あらかじめご了承ください。

【事業所名】

【TEL】

【ご担当者名】

受診日	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (和暦)	保険証 番号	(該当に○を付けてください)							連絡先 変更 新規 登録	
					希望の胃検査			一般健診と併せて受診する健診			単 独 子 宮		法 定 健 診
					カ メ ラ	バ リ ウ ム	中 止	付 加	(協) 乳	(協) 子 宮			
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										
/		男・女	S・H 年 月 日										