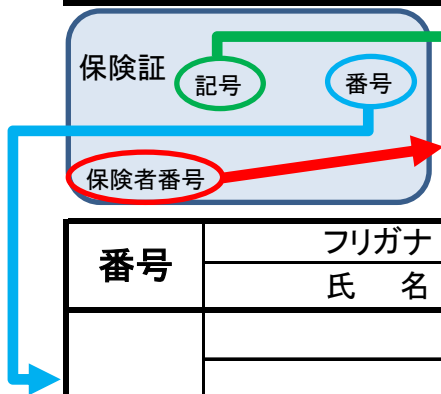


全国健康保険協会 生活習慣病予防健診申込書

会社名(本社・本店) (ご担当者様)		住所	〒
TEL			

事業所・営業所・支店名 (ご担当者様)		住所	〒
TEL			



保険者番号

記号

※保険者番号・記号・番号は必ずご記入お願いします。

番号	フリガナ	生年月日	性別	コース	健診予約・希望日
	氏名				
		S・H 年 月 日	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診 A・B	月 日
		S・H 年 月 日	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診 A・B	月 日
		S・H 年 月 日	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診 A・B	月 日
		S・H 年 月 日	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診 A・B	月 日
		S・H 年 月 日	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診 A・B	月 日
		S・H 年 月 日	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診 A・B	月 日

一般:生活習慣病予防健診(一般健診)、対象年度35歳以上

付加:付加健診、対象年度40,50歳

乳:マンモグラフィ検査、対象年度40歳以上偶数

子宮:子宮頸部細胞診検査、対象年度20歳以上偶数

定期健診A:測定・問診・尿・胸部X線・聴力(労安法より40歳未満(35歳除く)推奨)

定期健診B:測定・問診・尿・胸部X線・聴力・心電図・血液検査(労安法より35・40歳以上推奨)

送信の際は、FAX番号・メールアドレスのお間違いにご注意ください。

FAX(直通)04-7185-1785

メール:kenshin@abikotoho.org

FAX・メールに対する受信確認返信はしていませんのでご了承ください。