

# 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			

保険証	記号	番号	校番
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	予約・希望日	備考
	氏名					
		S・H	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診	月 日	
		年 月 日				
		S・H	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診	月 日	
		年 月 日				
		S・H	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診	月 日	
		年 月 日				
		S・H	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診	月 日	
		年 月 日				
		S・H	男・女	一般・付加 乳・子宮 定期健診	月 日	
		年 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40,45,50,55,60,65,70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:測定・問診・尿・胸部X線・聴力・心電図・血液検査(安衛則第44条)



← 性別・コース等  
コピー・拡大縮小  
にお使い下さい。

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-01@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。

医療法人社団太公会 我孫子東邦病院 健康管理課