

全国健康保険協会 被保険者(ご本人用)

健 康 診 斷 申 込 記 入 例

事業所名称：株式会社〇〇〇

保険者番号：「0」を含む8桁の数字

保険証記号：7~8桁の番号

ご担当者様名：○○

ご連絡先：00-0000-0000



受診票・ 検査キット 送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 受診者自宅（下記リストに住所をご入力ください） 〒 111-1111 ○○県□□市△△町1-1-1
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み（※以下へ請求詳細をご入力ください） ※請求書払いをご希望のオプションにチェックをお願いします 健保補助対象オプション（ <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス）・ <input type="checkbox"/> 差額胃カメラ <input type="checkbox"/> その他オプション
その他請求にご指定がある場合はこちらへご入力ください 例：ドック差額は窓口精算etc	

申込書はFAX又はメールにて新宿健診プラザへ送信をおねがいします
FAX : 03-3204-5018 MAIL : yoyaku-shinjuku@nikkenkyo.or.jp