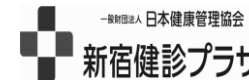


全国健康保険協会 被保険者(ご本人用)

健康診断申込記入例



事業所名称: 株式会社〇〇〇

ご担当者様名: 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 〇〇県〇〇市△△町1-1-1	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input checked="" 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
---	---	---

保険証番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診コース（希望コースの○をプルダウン選択）							受診日	受診時間	備考 （オプション等）	郵便番号	自宅住所
					35歳以上				34歳以下							
半角数字	漢字（姓名間に全角スペース）	半角ｶﾅ（姓名間に半角スペース）	ﾌﾙﾀﾞｳﾝ選択	yyyy/mm/dd	一般健診	Aﾄｯｸ	Bﾄｯｸ	付加健診 (40・50歳)	Cﾄｯｸ (40・50歳)	定期健診	定期健診 PLUS	yyyy/mm/dd	h:mm		半角（ハイフン要）	全角
1	健康 一郎	ケンｺｳ ｲﾁﾚｳ	男	〇〇〇〇/〇/〇	○							〇〇〇〇/〇/〇	〇:〇			
18	健康 次子	ケンｺｳ ｿﾞｷｺ	女	〇〇〇〇/〇/〇				○				〇〇〇〇/〇/〇	〇:〇			

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
 F A X : 03-3204-5018 MAIL : yoyaku-shinjuku@nikkenkyo.or.jp