

協会けんぽへご加入の事業所様で、  
生活習慣病予防健診（一般健診）を  
受診される方のお申し込みです。

※赤線枠内をご記入ください

全国健康保険協会

被保険者(ご本人用)

## 生活習慣病予防健診申込書

平成 年 月 日

全国健康保険協会

支部 行

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号

(事業所所在地)

(事業所名称)

担当者名

電話番号

FAX番号

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)  
は記入してください。

所在地

支店名

(営業所名)

担当者名

電話番号

FAX番号

受付番号 (記入不要)	健康保険証の 番 号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください	一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください	健診を受ける日	健診機関名 (健診機関コード)	備 考		
1		けんこう たろう 健康 太郎	男・ 女	昭・ 平	45年1月1日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 00年 4 月 10 日	
		けんこう はなこ 健康 花子	男・ 女	昭・ 平	51年10月1日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 00年 4 月 11 日	
			男・ 女	昭・ 平	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 年 月 日	
			男・ 女	昭・ 平	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 年 月 日	
			男・ 女	昭・ 平	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 年 月 日	
			男・ 女	昭・ 平	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 年 月 日	
			男・ 女	昭・ 平	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 年 月 日	
			男・ 女	昭・ 平	年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	平成 年 月 日	

付加健診、乳がん健診、子宮頸がん検診対象年齢の方で、  
受診を希望される方は、それぞれの項目に○をつけてください。  
※乳がん、子宮頸がん検診は、施設での検査となります。

付加健診、乳がん健診、子宮頸がん検診対象年齢の方で、  
受診を希望される方は、それぞれの項目に○をつけてください。  
※乳がん、子宮頸がん検診は、施設での検査となります。

※「健診を受ける日」は、受診したい健診機関とあらかじめ日程調整してから記入していただく欄です。

### <記入上の注意>

- 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。  
また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んでください。
- 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 健診機関名は、健診を受ける健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関一覧表などを参照し記入してください。
- 検診車による健診受診を希望される事業所にあつては、事業所単位で記入してください。

(注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

(注) この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

巡回検診車の  
希望の有無

有・無

受付印

オプション検査申込書

赤枠内、赤文字部分をご記入ください。

記入例

(一財)日本健康管理協会 山形健康管理センター  
TEL 023-681-7760  
FAX 023-681-7916

事業所名

TEL

担当者

保険証番号	氏名	性別	差額ドック		全額付加健診	付加健診単品項目				喀痰細胞診	乳がん		子宮頸がん		眼圧(両眼)	CT検査			血液による検査											
			当日結果説明希望あり	当日結果説明希望なし		腹部エコー	眼底(両眼)	肺機能	血液一般(付加並み)		乳がん(マンモ)	乳がん(エコー)	子宮頸がん(細胞診)	子宮頸がん(細胞診+HPV)		胸部CT	CT内臓脂肪	胸部CT+内臓脂肪	前立腺(PSA)	CA125	CEA	CA199	AFP	ピロリ菌	ペプシノゲン	ABC分類	NTproBNP	VIEW39	Loxindex	アミノインデックス
1000	健康太郎	男																												
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

当日面談ご希望の方は、  
こちらへ○をご記入ください。

当日面談不要方は、  
こちらへ○をご記入ください。

他にオプション検査をご希望の方は、  
こちらに○ご記入ください。

【検査内容】 および 【料金】 は裏面をご参照ください。