健康診断申込書《協会けんぽ/生活習慣病予防健診》

《申込方法》受診日を予約後、必要事項を記入し、ＦＡＸにてお申込下さい。

▼書類送付先住所　※健康診断に係る書類は原則、登録事業所住所へ送付致します。

事業所名			様	通信欄
所在地	〒　　－	ご担当者	様	
電話番号	－　　－	ＦＡＸ番号	－　　－	
所属健保	協会けんぽ（全国健康保険協会）			
保険者番号（8桁）		保険証記号		

▼受診票・結果・請求書等、上記住所と異なる住所への書類送付を希望する場合は
通信欄にその旨を記載し、下記へ必要事項を記入して下さい。

送付先住所	〒　　－			通信欄
電話番号	－　　－	ご担当者	様	

▼ 太枠内をご記入下さい。

保険証		フリガナ	性別	生年月日	希望する健診いずれかに○をつけて下さい		一般健診と併せて受診する場合は○をつけて下さい			受診予約日	備考（オプション検査等の希望があれば記入して下さい）
個人番号	続	お名前			一般健診	子宮頸がん単独	付加健診	乳がん	子宮頸がん		
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	
	本・配・家		男・女	昭和・平成　年　月　日						月　日 午前・午後	

＜申し込み先＞

一般財団法人 日本健康管理協会
伊勢崎健診プラザ

TEL　０２７０－２６－７７００

FAX　０２７０－２６－７７０５