

(セントラル病院専用)

全国健康保険協会管掌健康保険

被保険者(ご本人用)

2020年度生活習慣病予防健診申込書

[手書き用申込書]

(事業所所在地)

(事業所名称)

〒 _____

※受診日が決定次第、
FAXで返信いたします。

※本書類を協会けんぽに
提出する必要はありません。

※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。

担当者名: _____
電話番号: () _____
FAX番号: () _____

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	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診を○ で囲んで下さい	一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んで下さい		第1希望	第2希望	第3希望	決定日 (記入しないで下さい)
A・B・C D・E			男・ 女	年 月 日	子宮頸がん健診 (単独)	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
A・B・C D・E			男・ 女	年 月 日	子宮頸がん健診 (単独)	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
A・B・C D・E			男・ 女	年 月 日	子宮頸がん健診 (単独)	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
A・B・C D・E			男・ 女	年 月 日	子宮頸がん健診 (単独)	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
A・B・C D・E			男・ 女	年 月 日	子宮頸がん健診 (単独)	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
A・B・C D・E			男・ 女	年 月 日	子宮頸がん健診 (単独)	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
A・B・C D・E			男・ 女	年 月 日	子宮頸がん健診 (単独)	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

【記入上の注意】

- コースを○で囲んで下さい。A:一般健診 B:一般健診クイック C:一般健診+付加健診 D:一般健診+協会オプション E:一般健診+協会オプション+胃内視鏡コース
Eコースを選択される方は、当院ホームページ内にあるカレンダーで内視鏡検査に空きのある日にちを希望欄にご記入ください。
- 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女性の方が、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○で囲んで下さい。
また、健診の受診年度において36歳、38歳になられる女性の方が、一般健診と併せて子宮頸がん健診を希望される場合は、「Aコース」、「子宮頸がん検診」を○で囲んで下さい。
- 健診の受診年度において40歳以上の偶数年齢になられる女性の方が、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「Aコース」、「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」を○で囲んで下さい。
- 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Cコースを○で囲んで下さい。
- セントラル病院専用の健診申込書です。前年度までの申込書とは異なりますのでご注意ください。
※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。

