

被保険者(ご本人用)

生活習慣病予防健診申込書

[手書き用申込書]

年月日

全国健康保険協会 支部 行

(事業所名称)

(事業所所在地)

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。

支店名 (営業所名)

担当者名 電話番号 FAX番号

担当者名 電話番号 FAX番号 ( ) ( ) ( )

担当者名 電話番号 FAX番号 ( ) ( ) ( )

〇年度内お一人様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 健康保険被保険者証の 番号 記号

Table with columns: 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 (いすれかを〇で囲んでください), 一般健診と併せて受診する場合は〇で囲んでください, 健診を受ける日 (和暦で記入ください), 健診機関名 (健診機関コード), 備考

※「健診を受ける日」欄は、あらかじめ受診を希望する健診機関に連絡して受診日を予約したうえで記入してください。記入されていない場合、お問い合わせさせていただきます。

<記入上の注意>

- (1) 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)」を〇で囲んでください。
(2) 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」をそれぞれ〇で囲んでください。
(3) 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「乳がん検診」「子宮頸がん検診」をそれぞれ〇で囲んでください。
(4) 検診名による健診受診を希望される事業所にあっては、事業所単位で記入してください。
(5) 検診名による健診受診を希望される事業所にあっては、後期高齢者医療制度の被保険者となり、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・治療及び保健指導・健康相談並びに個人が識別されない方法での統計・調査研究に限り使われます。
(注) 健診結果からメタボリックシンドロームの予防が必要と思われる方は、生活習慣を見直すための保健指導(特定保健指導)を受ける必要があります。

巡回検診車の希望の有無 有・無

