

中東遠総合医療センター指定用紙
人間ドック・健診センター行
FAX：0537-28-9128

全国健康保険協会管掌健康保険

【生活習慣病予防健診申込書】

事業所名称			担当者名		
事業所所在地	〒				
電話番号			FAX番号		
記入例を参照し、必ずご記入ください。	健康保険被保険者証 ★保険者番号		健康保険被保険者証 ★記号		

※下記の全項目にチェック☑を入れ、FAXをお願い致します。

- 事前の電話予約をしました。
- 生活習慣病予防健診対象者の年齢を確認しました。
- ★保険者番号、★記号、★番号の記入をしました。
- 健診の種類を○で囲みました。
- ※一般健診のみの受診は13時受付となることを了承します。
- 受診者の退職や保険証が変更になった場合は連絡します。

領収書宛名 (4種から選択)	1. 個人名 2. 一括(会社名+個人名) 3. 一般健診1枚・オプション別1枚 4. 一般健診+協会補助あり1枚・オプション別1枚			
-------------------	---	--	--	--

受診日 R年 月 日	患者ID番号: フリガナ: 氏名: 男・女	生年月日 S・H年 月 日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)				自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄 もくじ
★保険証の番号 (枝番)	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】				その他オプション検査【※予約時申込要】	
	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度	受診資格

受診日 R年 月 日	患者ID番号: フリガナ: 氏名: 男・女	生年月日 S・H年 月 日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)				自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄 もくじ
★保険証の番号 (枝番)	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】				その他オプション検査【※予約時申込要】	
	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度	受診資格

受診日 R年 月 日	患者ID番号: フリガナ: 氏名: 男・女	生年月日 S・H年 月 日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)				自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)	医療機関使用欄 もくじ
★保険証の番号 (枝番)	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】				その他オプション検査【※予約時申込要】	
	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度	受診資格

受診日	患者ID番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)					自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)		医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ: 氏名:	S・H年 月 日								もくじ
★保険証の番号	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】					その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度			受診資格
受診日	患者ID番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)					自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)		医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ: 氏名:	S・H年 月 日								もくじ
★保険証の番号	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】					その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度			受診資格
受診日	患者ID番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)					自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)		医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ: 氏名:	S・H年 月 日								もくじ
★保険証の番号	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】					その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度			受診資格
受診日	患者ID番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)					自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)		医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ: 氏名:	S・H年 月 日								もくじ
★保険証の番号	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】					その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度			受診資格
受診日	患者ID番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)					自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)		医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ: 氏名:	S・H年 月 日								もくじ
★保険証の番号	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】					その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度			受診資格
受診日	患者ID番号:	生年月日	自宅住所(前回と変更無でも必ずご記入ください)					自宅TELまたは携帯 (前回と変更無でも必ずご記入ください)		医療機関使用欄
R年 月 日	フリガナ: 氏名:	S・H年 月 日								もくじ
★保険証の番号	健診の種類(○で囲む)		一般健診と併せて受診可能(○で囲む)【※予約時申込要】					その他オプション検査【※予約時申込要】		
(枝番)	一般健診	単独 子宮頸がん検診	節目健診	子宮頸がん検診	乳がん検診	喀痰 指数(本×年)	骨密度			受診資格