

# 健康診断申込書

【お問合せ先】



健診計画課 予約担当

[ TEL ] 0776 - 23 - 2777

[ FAX ] 0776 - 23 - 2866

|      |     |       |  |
|------|-----|-------|--|
| 事業所名 |     | TEL   |  |
| 所在地  | 〒 - | FAX   |  |
|      |     | 御担当者名 |  |

注 ① ご予約は完全予約制となり、受付時間は 30分単位で受け付けておりますので、ご希望のお時間も併せてご記入ください。 (別紙カレンダー参照)

注 ② 協会けんぽ生活習慣病予防健診お申し込みの方は、『生活習慣病予防健診対象者一覧』のコピーもご送付ください。

| 加入健康保険名称 |      | 保険者番号 |           | 保険証 記号          |              | ★ 胃部検査を希望される方は必ず <b>午前中の受診</b> となります。 |   |   |   |                    |
|----------|------|-------|-----------|-----------------|--------------|---------------------------------------|---|---|---|--------------------|
| 保険証 番号   | 受診者名 | 性別    | 生年月日 (年齢) |                 | 受診希望日時       |                                       | 各該当項目 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします                      |   |   | 備考<br>(追加オプション検査等) |
|          |      |       |           |                 | 第1希望         | 第2希望                                  | 健診コース   | 胃部検査  | 婦人科検査   |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |
| (フリガナ)   |      | 男・女   | 昭和<br>平成  | 年 月 日<br>年齢 ( ) | 月 日 ( )<br>: | 月 日 ( )<br>:                          | <input type="checkbox"/> 定期健診<br><input type="checkbox"/> 生活習慣病健診<br><input type="checkbox"/> その他 | (バリウム検査)<br><input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br><input type="checkbox"/> マンモグラフィ<br><input type="checkbox"/> 乳腺エコー |                    |