

# 令和 8 年度 協会けんぽ 生活習慣病予防健診 申込書①

事業所名	フリガナ			案内状送付先 □にレをお付けください	<input type="checkbox"/> 事業所へ <input type="checkbox"/> 各個人へ（備考欄にご記入ください）	お申し込み人数
						計 名
住所	〒			支払い方法 □にレをお付けください	<input type="checkbox"/> 全て事業所へご請求 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ分（一般健診・節目健診・乳がん・子宮がん・骨密度・喀痰）は会社へご請求。その他オプションは個人支払 <input type="checkbox"/> 全て個人支払 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
電話番号						
FAX番号						
ご担当者様		保険者番号	0 1	記号		

氏名		性別	生年月日	年度年齢	オプション（ご希望の項目を○で囲んでください）				ご希望日・月など
フリガナ		男・女	昭・平	年 月 日	(歳)	節目健診（旧付加健診）	協会けんぽ子宮がん	差額ドック胃カメラ	第一希望
						大腸カメラ（+23,000円）	協会けんぽ乳がん	差額ドック大腸カメラあり	
番号	備考欄					喀痰細胞診	肝炎	協会けんぽ骨密度	若年層健診
フリガナ		男・女	昭・平	年 月 日	(歳)	節目健診（旧付加健診）	協会けんぽ子宮がん	差額ドック胃カメラ	第一希望
						大腸カメラ（+23,000円）	協会けんぽ乳がん	差額ドック大腸カメラあり	
番号	備考欄					喀痰細胞診	肝炎	協会けんぽ骨密度	若年層健診
フリガナ		男・女	昭・平	年 月 日	(歳)	節目健診（旧付加健診）	協会けんぽ子宮がん	差額ドック胃カメラ	第一希望
						大腸カメラ（+23,000円）	協会けんぽ乳がん	差額ドック大腸カメラあり	
番号	備考欄					喀痰細胞診	肝炎	協会けんぽ骨密度	若年層健診
フリガナ		男・女	昭・平	年 月 日	(歳)	節目健診（旧付加健診）	協会けんぽ子宮がん	差額ドック胃カメラ	第一希望
						大腸カメラ（+23,000円）	協会けんぽ乳がん	差額ドック大腸カメラあり	
番号	備考欄					喀痰細胞診	肝炎	協会けんぽ骨密度	若年層健診

※その他オプションは備考欄にご記入ください

服部胃腸科 健康管理センター

TEL 0120-79-1800

FAX 096-325-8845