

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
番号	備考欄							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	
								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	第二希望
番号	備考欄							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	
								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
番号	備考欄							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	
								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	第二希望
番号	備考欄							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	
								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