

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

お申込み日 年 月 日

※左記と連絡先が別の場合はご記入ください。

事業所所在地	〒		
事業所名称			
電話番号		FAX番号	
ご担当者名			

※協会けんぽに申請されている事業所の所在地、名称にて記入をお願いいたします。

健診費用のお支払い方法をお選びください

☐	全額会社へ請求
☐	全額窓口にて支払い
☐	一般健診のみ会社へ請求
☐	その他（ ）

保険者番号、健康保険証の記号、番号、氏名、性別をもれなく記入の上、希望される健診に○をつけてください。
健診の種類により対象年齢などがございます。協会けんぽからの資料のご確認をお願いいたします。
健診希望日は3日間まで記載してください。予約状況により、希望日での受診が承れない場合がございます。
婦人科実施日は混み合う場合がございます。ご了承ください。
上記、記入の上、当館にメール、またはFAXにてお申込みをお願いいたします。この時点では予約確定ではございません。
当館担当者より、確認のご連絡させて頂き、予約確定となります。

メディカルリゾート八千代 電話番号 047（489）2111
健診クリニック メールアドレス resort.r@eisei.or.jp
FAX番号 047（488）1121

保険者番号		健康保険証の記号										
健康保険証の番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	単独で受信できます		一般健診と併せて受診できます			健診希望日			備考
			年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
			年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

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

お申込み日

年 月 日

[illegible]