

全国健康保険協会（協会けんぽ）ご加入者 健康診断申込書

※全国健康保険協会にご加入の被保険者（本人）の方が対象となります。

年 月 日

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記 号

お 支 払 い 方 法	
☐ 全て、当日支払い	
☐ 全て、後日会社請求にてお振込み	
☐ オプションのみ、当日支払い	
(基本コースは、後日請求にてお振込み)	

会社名	
住 所	
担当者名	担当者名
電話番号 ()	電話番号
FAX番号 ()	FAX番号

※受診票・結果票・請求書等の送付先が左記と異なる場合のみ、以下にご記入ください。

所在地 〒 -

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを○で囲んでください		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			健診希望日			備考
									第一	第二	第三	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
		男・女	年 月 日	一 般 健 診	子宮頸がん検診 (単独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸が ん 検 診	/	/	/	
巡回検診車の希望の有無												有 ・ 無

<記入上の注意>

- (1) 健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる女性の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んでください。
また、健診の受診年度において36・38歳になられる女性の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- (2) 健診の受診年度において40歳以上の偶数年齢になられる女性の方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んでください。
- (3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において35歳・40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
- (注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。