

健診申込書 《記入例》

健診申込書

一般社団法人 ○○法人会

事業所名・郵便番号・ご住所・電話番号・FAX番号・ご担当者名をご記入下さい。

フリガナ	ゼンニホンショウカイ	ご担当者名	全日本 太郎
事業所名	樹全日本商会	電話番号 (03)	1234 - 5678
〒	143-0016	Fax 番号 (03)	1234 - 5678
住所	東京都大田区○○○1-2-3	電話番号 (03)	1234 - 5678
※書類送付先が上記以外の場合にご記入ください*		Fax 番号 (03)	1234 - 5678
〒	142-0064	電話番号 (03)	1234 - 5678
住所	東京都品川区▲▲▲1-2-3	Fax 番号 (03)	1234 - 5678
フリガナ	ゼンニホン ハナコ		
宛名	全日本 花子		

ご希望のコース・オプション検査を○で囲んで下さい。

書類送付先のご住所が上記住所と異なる場合はこちらにご記入下さい。

人数	受診者氏名・フリガナ	性別	生年月日 (和暦)	希望コース名		受診希望日		
				生活習慣病健診	オプション検査	第1	第2	
1	フリガナ ゼンニホン タロウ	男	大正 昭和 平成 18 5 10	総合+喀痰	※アミ/インデックス	ABC 検診	○	○
	全日本 太郎	女	年 月 日	総合	Lox-index	C Y F R A	○	○
2	フリガナ ゼンニホン ジロウ	男	大正 昭和 平成 46 10 9	総合+喀痰	※アミ/インデックス	ABC 検診	○	○
	全日本 二郎	女	年 月 日	総合	Lox-index	C Y F R A	○	○
3	フリガナ ゼンニホン ハナコ	男	大正 昭和 平成 48 1 23	総合+喀痰	アミ/インデックス	ABC 検診	○	○
	全日本 花子	女	年 月 日	総合	Lox-index	C Y F R A	○	○
4	フリガナ	男	大正 昭和 平成	総合+喀痰	アミ/インデックス	ABC 検診	○	○
		女	年 月 日	総合	Lox-index	C Y F R A	○	○
5	フリガナ	男	大正 昭和 平成	総合+喀痰	アミ/インデックス	ABC 検診	○	○
		女	年 月 日	総合	Lox-index	C Y F R A	○	○
6	フリガナ	男	大正 昭和 平成	総合+喀痰	アミ/インデックス	ABC 検診	○	○
		女	年 月 日	総合	Lox-index	C Y F R A	○	○

ご希望をご記入下さい (第2希望日がない場合は第1希望の欄のみ)。オプション検査の「頸動脈」を希望の方は実施日から希望日をお選び下さい。

ご受診希望者全員の氏名とフリガナをご記入下さい。

7名様以上のお申し込みはコピーの上、FAX (若しくは封書)にてお申し込み下さい。

※実施可能な最小人数に達しない場合や定員を大幅に超えた場合は、第1・第2希望日ではない日にちでご受診をお願いする場合があります。

性別を○で囲んで下さい。

お申し込み FAX 番号
03-5767-1710

※FAX番号はお間違えないようにお願いいたします。

生年月日を和暦でご記入下さい。年号は○で囲んで下さい。

(一財) 全日本労働福祉協会 渉外部
〒 143-0016
住所 東京都大田区大森北1-18-18 3F
電話 03-5767-1714 [月~金 9:00~12:00 / 13:00~17:00]

協会けんぽ費用負担補助を利用する方は○をして下さい
〈協会けんぽ (全国健康保険協会) の保険証をお持ちの方へ〉
(国民健康保険やその他の健康保険とは違います)

◎協会けんぽ費用負担を利用されますか?

("いいえ"か"はい")に○をして下さい

◆被保険者の方が対象です。被扶養者の方は対象外となります。

いいえ (1) "生活習慣病健診申込書" (こちらの申込書)

▶(1)のみ FAX して下さい。

はい ▶下記(1)と(2)もしくは(3)を FAX して下さい。

(1) "生活習慣病健診申込書" (こちらの申込書)

(2) 全国健康保険協会 "生活習慣病予防健診申込書" (全国健康保険協会から4月に送付されている印字済の用紙です)

(3) (2)を紛失された場合は健康保険証のコピー (協会けんぽ補助を利用される方全員分)

◎受診前に手続きが済んでいないと補助が受けられませんのでご注意ください。

協会けんぽ費用負担補助を利用される方は○をご記入下さい。

協会けんぽ費用負担を利用されるか否かを○で囲んで下さい。

お申し込み(FAX)される前のチェック欄としてご利用下さい。

【協会けんぽの保険証をお持ちの方へ】 (国民健康保険やその他の健康保険ではありません)

全国健康保険協会 (協会けんぽ) の保険者証の見本です。下記の保険者証をお持ちの方が費用負担を受けられる対象となります。

健康保険 被保険者証	本人 (被保険者)	00879
	平成21年 6月 8日交付	
記号	1234567890	番号 1234
氏名	ゼンニホン タロウ 全日本 太郎	
生年月日	昭和 25年 10月 12日	性別 男
資格取得年月日	平成 10年 4月 1日	
事業所所在地	○○○○○○	
事業所名称	株式会社 全日本商会	
保険者番号	88888555	
保険者名称	全国健康保険協会 △△支部	
保険者所在地	◇◇◇◇◇	印

被保険者が「本人」の方で35歳~74歳の方は協会けんぽが健診費用の一部を負担する制度があります。協会けんぽへの申請は、代行しています。

(※国民健康保険やその他の健康保険にご加入の方は、健診費用負担制度の有無をご加入先へ直接・各自でご確認ください。)

【協会けんぽ費用負担 (助成金) の利用を希望される方へ】

- 全国健康保険協会 "生活習慣病予防健診申込書" (協会けんぽより4月始め頃に各事業所に送付済み) を一緒に FAX して下さい。
- 適用になるコースは「総合喀痰コース」「総合コース」「Aコース」のみになります (Sコースは胃部X線・便潜血省略の為、申し込み不可)。
- 今回の健診では「付加健診」は実施しておりません。