

【協会けんぽ(被保険者用)】 一般健診・節目健診用 健診申込書

お申込日 年 月 日

○協会けんぽ発行の「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」をお持ちの方はそちらをご利用ください。
○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

※は必須項目です。必ずご記入ください

※ フリガナ 事業所名				※ 結果票送付先	個人用 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 左記の事業所とは別の所へ送付をご希望の場合は備考に記載してください
※ 事業所住所	〒			※ 問診票送付先	事業所用 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不要 左記の事業所とは別の所へ送付をご希望の場合は備考に記載してください
※ 事業所 電話番号				※ ご精算方法	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 全て窓口払い <input type="checkbox"/> 全て請求 <input type="checkbox"/> メインコースのみ請求 <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入ください
折り返し先 電話番号	ご担当者名				
FAX					
備考					
健康保険組合名	全国健康保険協会			※ 保険者番号	※ 記号
※ 番号	※フリガナ ※氏名	※ 性別	※ 生年月日 (和暦/月/日)	※ メインコース	※ 受診希望日 4週間以上先のお日にちをご記入ください
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診	第一希望日 年 月 日 第二希望日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診	第一希望日 年 月 日 第二希望日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診	第一希望日 年 月 日 第二希望日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診	第一希望日 年 月 日 第二希望日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診	第一希望日 年 月 日 第二希望日 年 月 日