

健康保険 生活習慣病予防健診申込書

下記のとおり生活習慣病予防健診を申し込みます。

平成 年 月 日

全国健康保険協会 **兵庫** 支部長殿

(事業所所在地) 〒 -

(事業所名称)

(事業主氏名)

加入者(ご本人)用

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX番号 () _____

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は下記に連絡先を記入してください。

所在地 _____
支店名 _____
(営業所名) _____
担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX番号 () _____

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
---------------------	------------------

○健診における保険者の費用負担は、本年度において受診者1人1回に限ります。なお、生活習慣病予防健診は予算の範囲内で行っている事業であるため、予算に達した場合は、健診が実施できない場合がありますのでご了承ください。

受付番号 (記入不要)	健康保険証の 番号	フリガナ		性別	生年月日	希望する健診の種類 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			健診予約済年月日	健診機関名 (健診機関コード)	前回受診 年月	備考
		氏名	名			一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診				
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	
				男・女	昭・平 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年 月 日	財団法人兵庫県健康財団 2810506358	有・無 年 月	

※健診を申し込まれた方は受診日前に「健診予約済年月日」をもう一度確認して受診されるようお願いいたします。

<記入上の注意>

- 健診の受診年度において36歳・38歳になられる加入者(ご本人)の方が、一般健診と併せて子宮がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。また、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加入者(ご本人)の方が、子宮がん検診のみを希望される場合は、「子宮がん検診(単独)」を○で囲んでください。
- 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮がん検診」をそれぞれ囲んでください。
- 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40歳、50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。
- 健診予約済年月日欄は、受診を希望する健診機関とあらかじめ日程を調整したうえで、健診を受診される日を必ず記入してください。記入されていない場合、健診を受けられないことがありますのでご注意ください。
- 健診機関名は、上記(4)により日程調整した健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関(表)を参照し記入してください。
- 前回受診年月欄は、本年度の受診の有無について、有の場合は有を○で囲み前回の受診年月を記入し、無の場合は無を○で囲んでください。
- 巡回検診車の希望の有無欄は、事業所単位で記入してください。

(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、誕生日の前日まで健診を受診することができます。

(注) この健診結果は、受診者ご自身の今後の健診・治療及び保健師等による特定保健指導等を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

巡回検診車の希望の有無 有・無

受付印

※氏名印字済み申込書に記載のない方や健診機関の変更・再申込みの場合にご使用ください。

手書き用申込書記入例

★下記の項目は申込書に記入されても健診機関には伝達されません。
健診機関に直接お申込みください。(いずれも実費扱い)

- 1) 今年度補助対象外の健診項目
- 2) 個人希望の追加検査
- 3) 生活習慣病予防健診対象外の方

健診項目を○で囲む

○印の記入のない場合は、35～74歳の方は「一般健診のみ」、20～34歳の方は「子宮がん検診のみ」と判断させていただきます。

ご了承ください。

保険証に記載されている

事業所所在地・事業所名
および電話番号・担当者
名等を記入

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)
は下記に連絡先を記入してください。

保険証に記載されている事業所
所在地と連絡先が別な
場合は予約時に健診
機関に必ずお伝えく
ださい。

様式1

全国健康保険協会管掌 生活習慣病予防健診申込書

健康保険 生活習慣病予防健診を申し込みます。

平成 年 月 日

全国健康保険協会 支部 行

加入者(ご本人用)

(所在地) 〒600-0x0x

〇〇市〇〇

〇〇有限公司

担当者名 全国太郎

番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

FAX番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇△△

支店名

(営業所名)

担当者名

電話番号

FAX番号

○健診における保険者の費用負担は、本年度において受診者1人1回に限ります。

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		フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類 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			健診予約済年月日	健診機関名 (健診機関コード)		前回受診 年月	備考
→01280015		→99999999					一般 健診	子宮がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮が ん検診		平成	年		
123	ケンボ ジロウ	男	昭和40年8月0日	健保 次郎	男	昭和40年8月0日	○一般健診	子宮がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	平成22年7月15日	◎◎健康管理センター	有・無		
124	ホケン ハナコ	女	昭和35年7月0日	保険 花子	女	昭和35年7月0日	○一般健診	子宮がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	平成22年7月15日	◎◎健康管理センター	有・無		
	昭平	男	昭和 年 月 日	一般	男	昭和 年 月 日	○一般健診	子宮がん検診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	平成 年 月 日				

健康保険被保険者証 本人(被保険者) 00000
平成00年 月 日交付
記号(99999999) 番号(123)

氏名 ケンボ ジロウ
生年月日 昭和40年 8月 0日 性別 男
資格取得年月日 平成00年 0月 0日

事業所所在地 〇市〇〇町〇〇
事業所名称 〇〇 有限公司
保険者番号 (011218)01115
保険者名称 全国健康保険協会 兵庫支部
保険者所在地 神戸市中央区別当通 6-1-12

健診予約済年月日を記入

健診機関に予約されました受診日を記入してください。

また、予約せず希望日を記入されても希望日には受診出来ないことがあります。

健診機関名・健診機関
コードを記入

「生活習慣病予防健診のご案内」
にある健診機関一覧表をご参照
ください。

(健診機関コードの確認をお願い
します。)

「手書き用申込書」は協会けんぽのホームページからも入手可能です。