

生活習慣病予防健診申込書

- ① 太枠内の該当項目を全てご記入ください。
- ② ご本人様都合による当日キャンセルは来院の有無に関わらず全額お支払いいただきます。

○下記の事業所名、郵送物の送付先に☑を入れ、連絡先をご記入ください。

④事業所名称 ※必ずご記入下さい	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 請求書にてお振込み(手数料は御社ご負担)
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所
電話番号:	〒 _____ 担当者名:
FAX番号:	

※任意継続の方は、資格喪失年月日を下記備考欄にご記入ください。

①健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号		②健康保険被保険者証の 記 号	
フリガナ 名前	性別	生年月日	希望するいずれかを○で囲んでください
	男 S 女 H	・ ・ ・	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮単独 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん

※対象年齢の方のみ○で囲んでください。↑

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00012
氏名	令和〇年×月×日交付	
生年月日	②記号 12345678	③番号 123
性別	ケンコウ ハナコ	
資格取得年月日	健康 花子	
事業所名称	昭和〇年 ×月 ○日	
保険者番号	女	
被検者名称	令和〇年 ×月 ×日	
保険者所在地	④ 株式会社 △△△	
	① 01280015	
	全国健康保険協会 兵庫支部	
	神戸市中央区御幸通り6-1-12	

費用補助の対象となる条件

一般健診	35～74歳の方
子宮頸がん(単独)	20歳～38歳の偶数年齢の女性の方
付加健診	一般健診を受診する40歳・50歳の方
乳がん検診	一般健診を受診する40～74歳の偶数年齢の女性の方
子宮頸がん検診	一般健診を受診する36～74歳の偶数年齢の女性の方

※上記年齢の詳細については、全国健康保険協会ホームページにてご確認ください。

(注意事項)

- ・年齢等の条件(上記参照)にあてはまらない方は、費用補助はありません。
- ・補助対象外の方は、全額自費となります。予めご了承下さい。
- ・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。