

# 全国保険協会 生活習慣病予防健診 申込み名簿

企業NO:

事業所名 \_\_\_\_\_ 様

※該当する項目を○で囲んで下さい。

住所 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

【健診料金支払い方法】

- 1. すべて事業所請求
- 2. 一部自己負担(
- 3. 当日全額自己負担

担当者 FAX: \_\_\_\_\_

※は必ず記入をお願いします。(保険者証参照)

【事業主への結果報告書控え】

- 1. 不要(ご本人のみ報告)
- 2. 必要(必ず受診者の了承を得てください)

※                      保険者番号(8桁) :

【案内、問診等の送付先】

- 1. 自宅
- 2. 事業所

※                      記号:

| ※<br>保険<br>番号                    | ふりがな | 生年月日 | 性別  | 健診内容     |          |                | 胃検査  |     | 婦人科検診 |     | 第1 希望月日<br>(曜日) | 第2 希望月日<br>(曜日) | 備考・オプ<br>ション |
|----------------------------------|------|------|-----|----------|----------|----------------|------|-----|-------|-----|-----------------|-----------------|--------------|
|                                  | お名前  |      |     | 一般<br>健診 | 付加<br>健診 | 付加<br>健診<br>希望 | バリウム | カメラ | 無     | 乳・子 |                 |                 |              |
| 1                                |      | S .  | 男・女 | 一般<br>健診 | 付加<br>健診 | 付加<br>健診<br>希望 | バリウム | カメラ | 無     | 乳・子 | / ( )           | / ( )           |              |
|                                  | H    |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |
| ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。) |      |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |
| 2                                |      | S .  | 男・女 | 一般<br>健診 | 付加<br>健診 | 付加<br>健診<br>希望 | バリウム | カメラ | 無     | 乳・子 | / ( )           | / ( )           |              |
|                                  | H    |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |
| ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。) |      |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |
| 3                                |      | S .  | 男・女 | 一般<br>健診 | 付加<br>健診 | 付加<br>健診<br>希望 | バリウム | カメラ | 無     | 乳・子 | / ( )           | / ( )           |              |
|                                  | H    |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |
| ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。) |      |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |
| 4                                |      | S .  | 男・女 | 一般<br>健診 | 付加<br>健診 | 付加<br>健診<br>希望 | バリウム | カメラ | 無     | 乳・子 | / ( )           | / ( )           |              |
|                                  | H    |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |
| ご住所(アパート・団地名・部屋番号までご記入お願いいたします。) |      |      |     |          |          |                |      |     |       |     |                 |                 |              |

◎胃カメラに変更ご希望の方は追加料金3,300円となります。【月～金】

とよみ生協病院 健診センター 豊見城市真玉橋593-1  
TEL: 850-9003 FAX: 850-3392