

# 生活習慣病予防健診申込書の記載例

全国健康保険協会から送付された申込書を使ってお申し込みください。  
受診日は事前予約制です。

必要事項をご記入の上、下記FAX番号まで送信ください。  
送信された申込書の受診希望月に従い予定日を記載し、ご返信いたします。

千曲中央病院 健康管理センター FAX:026(273)1725

※送付された申込書は生活習慣病予防の予約日の決定と受診案内書作成に使用し  
それ以外には使用いたしません

健診の種類欄は希望する検診の種類を○で囲んで下さい  
印字されたもの以外の健診は、自費扱いとなります

担当者氏名・FAX番号は必  
ず記入して下さい

健診機関名は千曲中央病院  
とコード番号2011817026  
を記入して下さい

一般健診に併せてオプション検査、  
胃内視鏡(鼻腔・口腔の別)等を希望  
する場合は備考欄に記入して下さい

(様式1)  
全国健康保険協会  
管掌健康保険 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 長野県支部長 殿

(事業所所在地) 〒380-0825  
長野市〇〇〇町1-1-1  
(事業所名称) 株式会社〇〇〇商事  
(事業主氏名) 財団 三郎  
担当者名 財団 三郎  
電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇  
FAX番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

○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回に限りです。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。

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					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				健診予約年月日	健診機関名 (健診機関コード)	前回受診 年月	備考
01200013		1	2	3	4	5			6	一般健診	付加健診	乳がん 検診				
○年4月	100001	ざいだんいちろう	財団	一郎	男	昭平	31年1月1日	○一般健診	*****	*****	*****	*****	*****	*****	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	カメラ希望
○年9月	100002	ざいだんじろう	財団	二郎	男	昭平	43年12月31日	○一般健診	*****	付加健診	*****	*****	*****	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	PSA希望	
□年1月	100003	ざいだんみつよ	財団	三代	男	昭平	41年5月1日	○一般健診	*****	*****	乳がん検診	*****	*****	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	カメラ 鼻腔で	
□年3月	100004	ざいだんよつみ	財団	四美	男	昭平	47年12月31日	○一般健診	*****	*****	子宮がん検診 (単独)	*****	子宮がん 検診	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	生活習慣改善指 導を希望する 方が 申込みます	
<del>○年10月</del>	<del>100005</del>	<del>ざいだんいつこ</del>	<del>財団</del>	<del>五子</del>	<del>男</del>	<del>昭平</del>	<del>31年10月10日</del>	<del>○一般健診</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>有・無</del>	<del>有・無</del>	
<del>○年7月</del>	<del>100007</del>	<del>ざいだんしちろう</del>	<del>財団</del>	<del>七助</del>	<del>男</del>	<del>昭平</del>	<del>46年7月1日</del>	<del>○一般健診</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>*****</del>	<del>有・無</del>	<del>有・無</del>	
○年10月	100008	ざいだんやえこ	財団	八重子	男	昭平	27年2月28日	○一般健診	*****	*****	乳がん 検診	子宮がん 検診	*****	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	

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

受診希望月を  
記入して下さい

印字されている以外の新規資格取得者で、受診年齢に該当して  
いる健診希望者は余白欄、又は白紙の申込書へ追記して下さい

健診予約年月日欄は、当院が記入し  
FAXいたしますので記入しないで下さい

巡回検診車の  
希望の有無

有・無

前回受診年月日欄は、本年度(当  
該年度)の受診の有無について  
記入して下さい。すでに当該年  
度の4月以降受診されている方  
は受診できません。

健診後、協会けんぽの保健師に  
よる事後指導を受けることが、  
受診の条件になっています。

健診を希望しない方は、当該被  
保険者の欄すべてを二本線で  
抹消して下さい

検診車で受診する場合は「有」  
に○印を、当院で受診する場  
合は、「無」に○印をして下さい。