

事業所名称：

ご担当者様名：

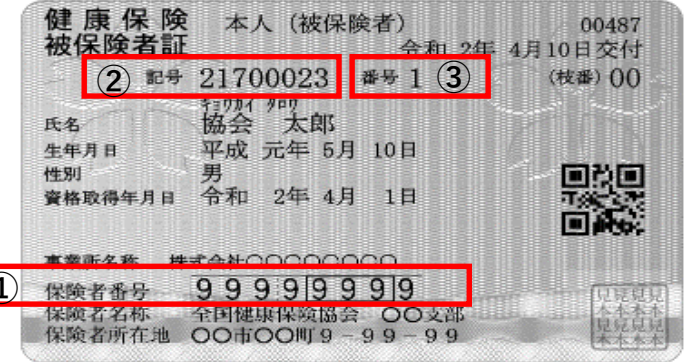
①保険者番号： 0 1

②記号：

ご連絡先：

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 各種送付物 送付先住所 (会社希望) | 〒 | — |
| お支払い 方法 | <input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み ※いずれかにチェックして下さい | |

- 受診日までに下記に該当する場合は、必ずご連絡下さい
- ・ 保険証の記号・番号の変更
 - ・ 加入健保の変更
 - ・ 退職などでキャンセルとなる場合



※こちらは協会けんぽHPに掲載されている見本です。
ご自身の保険証をご確認の上ご記入下さい。

※空欄に必要事項を記入して下さい

| ③ 番号 | 氏名 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 区分 | ご希望の健診項目に○をつけて下さい | | | | | | 健診希望日 | 備考 |
|---------|----|------|-----|------|-------|-------------------|---------------------------------|-----------|----------------|-----------|-----------------|-------|----|
| | | | | | | 35歳以上 一般健診 | 20~38歳 偶数 子宮頸がん 検診(単独) | 差額 ドック | 40・50歳 付加健診 | 乳がん 検診 | 子宮頸 がん 健診 | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | 本人・家族 | | | | | | | | |