

令和 年度

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

事業所所在地	〒 -
事業所名	
電話番号	()
FAX番号	()
お支払い	当日・会社請求

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

健康保険証 の番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	希望する健診の種類に チェックして下さい	一般健診と併せて受診される場合 チェックして下さい	胃の検査でご希望の方に チェックして下さい	健診を受ける日 (和暦でご記入下さい)	備考
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	
		男・女・平	昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム	令和 年 月 日	

- ※ 当院での健診が初めての方は、備考欄に住所の記入もお願いいたします。
- ※ 子宮がん検査は水曜日・木曜日は実施しておりません。
- ※ お支払が会社請求の場合、振込手数料はご負担下さいますようお願い致します。

TEL 075-312-7393 (電話は9:00~16:30)
FAX 075-312-0720 京都南病院健康管理センター