

生活習慣病予防健診申込書

社会福祉法人 恩賜 財団 済生会滋賀県病院 行

申込日 年 月 日
FAX番号 077-552-5736 (直)
電話番号 077-552-9806 (直)

○年度内お一人様1回限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

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

医療機関使用欄 (記入不要)	健康保険証 の 番 号	フリガナ	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		一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			健 診 を 受 け る 日	上部消化管検査について いずれかに☑をしてください	備 考
		氏 名										
			男・女	昭和 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	① 年 月 日 ② 年 月 日	☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査(追加料金あり)	
			男・女	昭和 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	① 年 月 日 ② 年 月 日	☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査(追加料金あり)	
			男・女	昭和 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	① 年 月 日 ② 年 月 日	☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査(追加料金あり)	
			男・女	昭和 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	① 年 月 日 ② 年 月 日	☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査(追加料金あり)	
			男・女	昭和 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	① 年 月 日 ② 年 月 日	☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査(追加料金あり)	
			男・女	昭和 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	① 年 月 日 ② 年 月 日	☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査(追加料金あり)	
			男・女	昭和 年 月 日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん検診	子宮がん検診	① 年 月 日 ② 年 月 日	☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査(追加料金あり)	

<記入上の注意> (1) 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮がん検診のみを希望される場合は、「子宮がん検診(単独)」を○で囲んでください。
(2) 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮がん検診」をそれぞれ囲んでください。
(3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
(注)今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日前日までに受診を終えていただく必要があります。

● 事業所名称

● 事業所所在地

担当者

電話番号

FAX番号

郵送物送付先住所に当てはまる項目に ☑ をしてください

● 事前ご案内文書

● 本人用健診結果報告書

● 事業所用健診結果報告書控え

● ご請求書

※振込手数料は御社にてお願いいたします

※健診を受診する方の情報を太枠内にご記入ください。