

全国健康保険協会(協会けんぽ)生活習慣病予防健診申込書 都城健康サービスセンター検診課(R7.2月改訂)

※左記と連絡先・送付先等が別の場合、下記へご記入ください↓

※お申込者の情報を下記にご記入ください↓

事業所所在地(本社等)	〒 _____
事業所名称(本社等)	_____
ご担当者	_____
電話番号	_____
FAX番号	_____

事業所所在地(営業所等)	〒 _____
事業所名称(営業所等)	_____
ご担当者	_____
電話番号	_____
FAX番号	_____

【郵送物送付先】

※いずれかにチェックをつけてください※
ご自宅希望の場合は、下記の住所・電話番号欄へご記入ください

問診票	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 事業所(本社・営業所)
健診結果表	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 事業所(本社・営業所)

※会社用結果控えが別途必要な方はお申し付けください

※年度途中での変更は原則できません

【お支払い方法】

※いずれかにチェックをつけてください※

<input type="checkbox"/> 全額窓口支払い	<input type="checkbox"/> 事業所請求
----------------------------------	--------------------------------

請求書送付先(本社・営業所)

事業所請求にチェックをつけた方は、
事業所へ請求して良い項目にチェックをつけてください

<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(補助対象)
<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 乳がん・子宮頸がん(補助対象)
<input type="checkbox"/> 定期健康診断(①・②)	<input type="checkbox"/> 差額胃カメラ(税込4,000円)
<input type="checkbox"/> 付加健診(補助対象)	<input type="checkbox"/> その他オプション

※年度途中での支払い方法の変更は原則できません

加入している健康保険の保険者番号	加入している健康保険の記号
0	

健康保険証の番号	フリガナ氏名		性別	生年月日	受診を希望する項目に○、希望しない項目に×をお願いします					備考		確定日
	協会けんぽ補助対象					補助対象外		オプション等をご記入ください				
	男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	付加健診	乳がん(マンモグラフィ)	子宮頸がん	子宮頸がん(単独)	定期①	定期②		令和 年 月 日
											電話番号	
											電話番号	
											電話番号	
											電話番号	
											電話番号	

【返信先】都城健康サービスセンター FAX:0986-36-8720 E-MAIL:kensin@miyakonojokenko.com
検診課 宛て

No.

全国健康保険協会(協会けんぽ)生活習慣病予防健診申込書 都城健康サービスセンター検診課 事業所名:()

健康保険証 の番号	フリガナ 氏名		性別	生年月日			受診を希望する項目に○希望しない項目に×をお願いします					備考 オプション等をご記入ください	確定日						
	協会けんぽ補助対象			補助対象外															
			男・ 女	昭・ 平	年	月	日	一般 健診	付加 健診	乳がん(マン モグラフィー)	子宮 頸がん	子宮 頸がん(単 独)	定期 ①	定期 ②		令和	年	月	日
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				
	自宅住所 〒 -														電話番号				