協会けんぽ　生活習慣病予防健診　申込書

フリガナ	
事業所名	
住所（ビル名まで）	〒
連絡先	電話　　FAX
健康保険組合名	全国健康保険協会　　支部
フリガナ	
ご担当者名	様

1. 左記事業所様情報の空欄箇所についてご記入ください。

2. 受診予定の方のお名前・性別・生年月日・保険証情報（記号-番号、区分）
・健診希望日・検査会場・健診内容をご記入ください。

3. 健診希望日は、「日程一覧＞協会けんぽ(生活習慣病予防健診)」よりお選びください。

4. ご記入が済みましたら、当センター宛FAXでお送りください。
日程を確認後、ご連絡させていただきます。
尚、ご連絡を差し上げるまでにお時間をいただく場合がございます。
予め、ご容赦のほどお願いいたします。

※ 内視鏡検査（月・木・金）乳がん検診（水・木・金）は『本館のみ』の実施です。

お名前	生年月日	保険証情報		健診希望日	会場	胃検診	一般健診と併せて受診	備考
性別　男性　・　女性	S・H　年　月　日	保険者番号 記号 番号 区分	被保険者	1 月 日 午前 2 月 日 午前 3 月 日 午前 4 月 日 午前	本　館 ・ 南分室	□バリウム □内視鏡 □なし	□乳がん検診　□子宮がん検診 □付加健診　□ドック	
性別　男性　・　女性	S・H　年　月　日	保険者番号 記号 番号 区分	被保険者	1 月 日 午前 2 月 日 午前 3 月 日 午前 4 月 日 午前	本　館 ・ 南分室	□バリウム □内視鏡 □なし	□乳がん検診　□子宮がん検診 □付加健診　□ドック	
性別　男性　・　女性	S・H　年　月　日	保険者番号 記号 番号 区分	被保険者	1 月 日 午前 2 月 日 午前 3 月 日 午前 4 月 日 午前	本　館 ・ 南分室	□バリウム □内視鏡 □なし	□乳がん検診　□子宮がん検診 □付加健診　□ドック	
性別　男性　・　女性	S・H　年　月　日	保険者番号 記号 番号 区分	被保険者	1 月 日 午前 2 月 日 午前 3 月 日 午前 4 月 日 午前	本　館 ・ 南分室	□バリウム □内視鏡 □なし	□乳がん検診　□子宮がん検診 □付加健診　□ドック	
性別　男性　・　女性	S・H　年　月　日	保険者番号 記号 番号 区分	被保険者	1 月 日 午前 2 月 日 午前 3 月 日 午前 4 月 日 午前	本　館 ・ 南分室	□バリウム □内視鏡 □なし	□乳がん検診　□子宮がん検診 □付加健診　□ドック	
性別　男性　・　女性	S・H　年　月　日	保険者番号 記号 番号 区分	被保険者	1 月 日 午前 2 月 日 午前 3 月 日 午前 4 月 日 午前	本　館 ・ 南分室	□バリウム □内視鏡 □なし	□乳がん検診　□子宮がん検診 □付加健診　□ドック	
性別　男性　・　女性	S・H　年　月　日	保険者番号 記号 番号 区分	被保険者	1 月 日 午前 2 月 日 午前 3 月 日 午前 4 月 日 午前	本　館 ・ 南分室	□バリウム □内視鏡 □なし	□乳がん検診　□子宮がん検診 □付加健診　□ドック	

●申込書送付先：松本市医師会検査健診センター　本館　　〒390-0875　松本市城西2-5-5　　FAX（0263）50-7033