



FAX : 0192-55-5241

生活習慣病予防健診申込書

事業所所在地			
事業所名		担当者名	
電話番号		FAX番号	

健診案内 送付先住所	
請求書・結果票 送付先住所	

保険証保険者番号	保険証の記号					
			保険証の記号・番号が分からない場合は ※の受診者住所の郵便番号と事業所を記入してください。			
保険証の番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診日	備考
			男・女	S H . .	R . .	
※受診者住所の 郵便番号	※受診者の勤務する事業所名 (上記と異なる場合は記入してください)					
保険証の番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診日	備考
			男・女	S H . .	R . .	
※受診者住所の 郵便番号	※受診者の勤務する事業所名 (上記と異なる場合は記入してください)					
保険証の番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診日	備考
			男・女	S H . .	R . .	
※受診者住所の 郵便番号	※受診者の勤務する事業所名 (上記と異なる場合は記入してください)					
保険証の番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診日	備考
			男・女	S H . .	R . .	
※受診者住所の 郵便番号	※受診者の勤務する事業所名 (上記と異なる場合は記入してください)					

- ・すべての検査を受けていただくことが条件となっております。
- ・名簿については協会けんぽより送付される健診対象者一覧の添付でも可能です。

その他要望 (会社控えがほしい等ありましたらお知らせください)
