

医療法人 じんないクリニック専用 生活習慣病予防健診申込書

(記入漏れのない様に、お願いいたします。)

(事業所所在地)

〒

(事業所名称)

担当者名 _____ 電話番号 () _____
FAX番号 () _____

健診案内/結果の送付先がご自宅の場合は
こちらへ記載お願いいたします。

〒

連絡先

申込日 年 月 日

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽから健診費用の一部補助があります。

健康保険被保険者証	健康保険被保険者証
保健者番号	記号

※健診料お支払い(どちらかに○をつけて下さい)

当日窓口支払い ・ 振込

健康保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診の種類 いずれかを○で囲んでください		一般健診と合わせて受診する場合は ○で囲んでください			健診日 (和暦でご記入ください)	時間	麻酔	備考	
				一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診					
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	
		男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	年 月 日	:	有 無	

(注)子宮頸がん単独は今年度35歳以下の偶数年齢のかたが対象となります。

(注)子宮頸がん、乳がん検診は今年度偶数年齢の方が対象となります。

(注)付加健診は今年度40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になる方のみ対象です。

(注)74歳の方は75歳の誕生日前までのご受診となります。

(注)当院へFAX送信をされた時点をもちまして貴社が当院の個人情報取扱に同意されたこととなります。また、当院へFAXが届かない際の責任は一切負いかねます。ご了承ください。



TEL:072-635-1311 FAX:072-635-9228

医療法人 じんないクリニック専用
生活習慣病予防健診申込書

(記入例)

申込日 7 年 1 月 1 日

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽから健診費用の一部補助があります。

健康保険被保険者証 保健者番号	健康保険被保険者証 記号
01270016	12345678

※健診料お支払い(どちらかに○をつけて下さい)

○当日窓口支払い ・ 振込

健康保険証 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診の種類 いずれかを○で囲んでください	一般健診と合わせて受診する場合は ○で囲んでください	健診日 (和暦でご記入ください)	時間	麻酔	備考
12	ジンナイ ユウタ じんない 裕太	男	55年 6月 15日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	5年 1月 1日	8 : 30	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	
		男	年 月 日	一般健診	子宮頸がん検診 (単独)	年 月 日	:	有 無	

(注)子宮頸がん単独は今年度35歳以下の偶数年齢のかたが対象となります。

(注)子宮頸がん、乳がん検診は今年度偶数年齢の方が対象となります。

(注)付加健診は今年度40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になる方のみ対象です。

(注)74歳の方は75歳の誕生日前までのご受診となります。

(注)当院へFAX送信をされた時点をもちまして貴社が当院の個人情報取扱に同意されたこととなります。また、当院へFAXが届かない際の責任は一切負いかねます。ご了承ください。

(記入漏れのない様に、お願いいたします。)

(事業所所在地)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇 郵便番号も必ず記入お願いします

※事業所の住所、郵便番号、事業所名、担当者氏名
電話番号、FAX番号必ず記入お願いします。

(事業所名称)

担当者名

水野

電話番号 072 (635) ××××

FAX番号 072 (635) ××××

※健診料のお支払い方法を選択し、○をつけて下さい。

健診案内/結果の送付先がご自宅の場合は
こちらへ記載お願いいたします。

〒 〇〇〇-〇〇〇〇 郵便番号も必ず記入お願いします

※ビル、マンション名も必ずご記入下さい。

連絡先

090-0000-0000



TEL: 072-635-1311

FAX: 072-635-9228