

協会けんぽの
保険者番号・記号・番号
を記入してください

記入例

支払方法について
いずれか1つに
✓を記入してください

FAX 0853-63-5118
※太線枠内をご記入ください

2026年度 生活習慣病予防健診 受診申込書

申込日 2026年 2月 15日

保険者番号	事業所名	株式会社 ○○		個人負担金 支払方法	<input type="checkbox"/> すべて個人（窓口）支払 <input checked="" type="checkbox"/> 一般健診負担金（5,500円） のみ事業所へ請求 <input type="checkbox"/> 協会けんぽの補助のある 検査のみ事業所へ請求 <input type="checkbox"/> すべて事業所へ請求	
1320019	担当者名	出雲	TEL 0853-00-0000 FAX 0853-00-0000			
記号	事業所住所	※健診案内・結果表・請求書はすべて事業所住所へ送付いたします 〒 -			ジョイメイトチケット	あり・なし
		出雲市○○町○○番地			事業所用結果の送付	必要・不要

番号	受診者氏名	性別	生年月日	希望健診の種別	胃部 (無しは午後の実施)	希望月	備考 (オプション・旧姓・同日の人数)	受診決定日
123	ふりがな いずも はなこ 出雲 花子	男 女	S H 3・4・5	一般 節目	子宮 乳がん	7	1日に1人ずつ	
124	ふりがな いずも ○○ 出雲 ○○	男 女	S H 53・5・5	一般 節目	子宮 乳がん	7	旧姓 島根	
125	ふりがな いずも ○○ 出雲 ○○	男 女	S H 62・2・2	一般 節目	子宮 乳がん	8		

記入もれの無いように
お願いします

必ず
一般か節目を選び
○をしてください

子宮がん検診や
乳がん検診を
追加されるときは
○をしてください

必ず
いずれか1つに
✓を記入してください

オプション検査の追加や
旧姓、希望月等の要望が
あれば、記入してください