

全国健康保険協会 健康診断申込書

FAX送信先

アクティ健診センター 06-6345-2805

千里LC健診センター 06-6873-2208

保険者番号、健康保険証の記号・番号、氏名、フリガナ、性別、生年月日をご記入いただき、

ご希望の健診種別に○をつけて送信してください。

※ 氏名・フリガナは保険証の表記通りにご記入ください

事業所所在地	〒
事業所名称	
担当	
TEL	() —
FAX	() —

保険者番号	健康保険証の記号

健康保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	希望する健診種別に○をつけてください					一般健診・節目健診に追加する場合は○をつけてください			健診日(希望)	ご希望の健診場所に✓をつけてください	備考	
				人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診				
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	
		男・女	昭・平	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	子宮頸がん検診(単独)	若年健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	年 月 日	<input type="checkbox"/> アクティ健診センター <input type="checkbox"/> 千里LC健診センター	