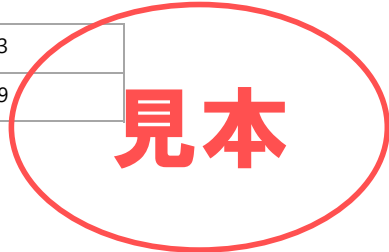


申込書の記入例

協会けんぽ(全国健康保険協会) 健診申込書

事業所名称	公益財団法人 熊本県総合保健センター			保険証の記号	21700023
ご担当者様名	TEL	FAX	保険証の保険者番号	99999999	

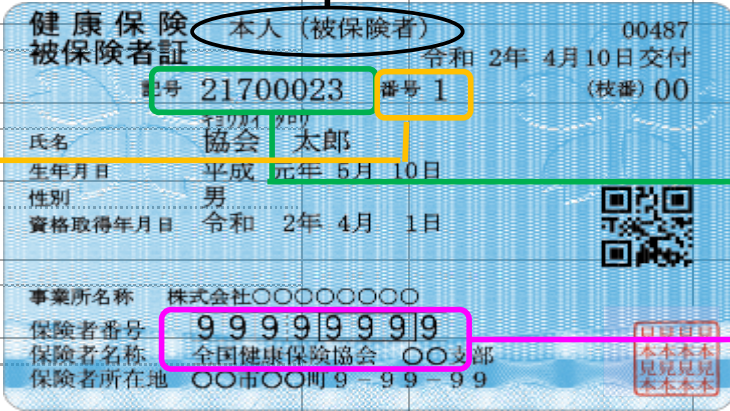


年齢は、2025年4月1日時点の年齢です。保険証をご確認後、★区分に対象の本人(被保険者)・家族(被扶養者)どちらかに○をつけてください。

受診者様情報に訂正がある場合は、二重線で訂正後正しい情報をご記入ください。また、今年度ご受診されない方には、二重線をお引きください。

35歳以上の方は、下記(A～E)コースの中から選択をお願いします。34歳以下の方又は健保未加入の方は、法定健診(F)コースをご案内します。

No	保険証の番号	★区分	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	コース	希望オプション	第一希望日	第二希望日	センター記入欄
1	1	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	キョウカイ 知ウ 協会 太郎	男	S50.11.30	49	A		4月20日	5月	00000000
2	2	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	キョウカイ ハナコ 協会 花子	女	S49.7.20	50	B	乳がん検診(マンモ1方向)・子宮がん検診	4月21日	4月・火曜	00000000
3		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									
4		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									
5		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									
6		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									
7		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									
8		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									
9		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									
10		本人(被保険者) 家族(被扶養者)									



赤字の部分は、必ずご記入ください。

- ・申込書の★区分は必須項目です。必ず保険証を確認し、どちらかに○をつけてください。
- ・オプション検査をご希望の場合は、必ず記入をお願いします。
- ・ご希望日に添えない場合は別の日程で調整させていただきます。

- | | | |
|--|---|--|
| A.協会けんぽ 一般健診 (35歳～74歳) | / | D.協会けんぽ 日帰り希望ドック (35歳～74歳) |
| B.協会けんぽ 付加健診 (40・45・50・55・60・65・70歳のみ) | / | E.協会けんぽ 日帰り付加ドック (40・45・50・55・60・65・70歳のみ) |
| C.協会けんぽ 希望付加健診 (35歳～74歳) | / | F.法定健診 |