

生活習慣病予防健診申込書

申込書合計枚数	枚	申込人数合計	人
---------	---	--------	---

胃X線を胃内視鏡に変更（差額金額は自己負担）・エコー（乳房超音波）のどちらかを受健希望の方は変更・追加欄にチェックを入れてください。

事業所 記 号		事業所名		担当者名	
健 診 書 類 送付先	〒	—	電話番号 (	)	—

* 保険証番号順に記入し、下記の連絡事項欄に受健希望月を記入ください。

No.	保険証番号	フリガナ	生 年 月 日	性 別	変更	備考
		氏 名			追加	
1			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
2			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
3			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
4			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
5			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
6			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
7			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
8			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
9			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	
10			昭・平 年 月 日	男・女	☐ 胃内視鏡に変更 ☐ 乳房エコー(超音波)	

記入していただいた事項は、生活習慣病健診受健目的の範囲でのみ使用し、利用目的を遂行するために業務を委託する場合を除き、第三者に提供はいたしません。

事業所から健診機関への連絡事項

受健希望月
月～
月

【請求方法】
一部負担金 3000円
会社請求
・ 窓口支払い
オプション検査
会社請求
・ 窓口支払い

【備考】 ※会社で追加されるオプションなど