

生活習慣病予防健診(協会けんぽ)申込書

事業所名

ご担当者様

TEL

FAX

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号			健康保険被保険者証の 記 号			希望されるものに○をお願いします。						・初受診の方 ・以前の登録と変更になった方 ご記入をお願いいたします			電話番号
						健診の種類			オプション検査						
No.	保険証 番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	一般	付加	子宮 単独	乳がん	子宮 がん	胃内 視鏡	受診日	郵便番号	住所	電話番号
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

メール・FAX・郵便にて成田赤十字病院 健康管理センターまでお願いします。

- ＊注意事項＊
- ・全国健康保険協会の被保険者様が対象の健診となります。
  - ・被扶養者の方は受診できませんのでご了承ください。
  - ・予約のお申込み後、当院からご連絡を差し上げた時点で予約確定となります。

【一般健診】35～74歳未満

【付加健診】40・45・50・55・60・65・70歳

【子宮がん単独】28～38歳の偶数年齢

【乳がん検査】(オプション)40～74歳の偶数年齢

【子宮がん検査】(オプション)36～74歳の偶数年齢

※年齢起算日は2026年4月1日の年度年齢になります。

成田赤十字病院 健康管理センター  
TEL:0476-22-2311(内線7501・7504)  
FAX:0476-23-7800  
Mail:kenshincenter@narita.jrc.or.jp