

# 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			
					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	節目	一般 (若年)	子宮 単独	乳がん	子宮 がん	骨粗 鬆症	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。

【一般健診】	35～74歳未満
【節目健診】	40・45・50・55・60・65・70歳
【一般健診(若年)】	20・25・30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
【骨粗鬆症検査】(オプション)	40～74歳の偶数年齢
※年齢起算日は2027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