

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 ・個人あての送付ご希望の方 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	住所	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

FAXまたは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