

生活習慣病予防健診(協会けんぽ)申込書 ※対象年齢:35~75歳未満

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						
No.	保険証 番号	氏名	フリガナ	性別	生年月日	健診の種類				オプション検査						受診日	郵便番号	個人住所	個人連絡先	※病院記入欄
						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							
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】	35~75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、40~74歳の偶数年齢
【子宮がん検査】(オプション)	36~74歳、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