

生活習慣病予防健診申込書 (滋賀病院用)

(事業所所在地) 〒

下記のとおり生活習慣病予防健診を申し込みます。

平成 年 月 日

全国健康保険協会滋賀支部長 殿

(事業所名称)

(事業主氏名)

担当者名

電話番号

FAX番号

健診の日程等について左記が事業所以外での実施、連絡を希望する場合、連絡先を記入してください。

所在地 〒 -

名称

担当者名

電話番号 ()

FAX番号 ()

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| 健康保険被保険者証 「都道府県」欄の保険者番号 | 健康保険被保険者証 「記号」欄の記号 |
| | |

| 受付番号 (記入不要) | 健康保険証 の番号 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 希望する健診の種類 のいずれかを○で 囲んでください | | 一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください | | | 健診を受ける日 | 健診機関名 (健診機関コード) | 備考 |
|----------------|--------------|------|--|----|------|----------------------------------|---------------------|------------------------------|-----------|-------------|---------|------------------------|----|
| | | 氏名 | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | | | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |
| | | | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診 (単独) | 付加 健診 | 乳がん 検査 | 子宮頸がん 検査 | 年 月 日 | JCHO滋賀病院 2510100015 | |

※健診を申し込まれた方は受診日前に「健診を受ける日」をもう一度確認して受診されるようお願いいたします。

<記入上の注意>

- 健診の受診年度において、36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んで下さい。また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んで下さい。
 - 健診の受診年度において、40歳から74歳までの偶数年齢になられる方うち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んで下さい。
 - 一般健診を受診される方の希望される方うち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んで下さい。
 - 健診予約年月日欄は、受診を希望される健診機関とあらかじめ日程を調整したうえで、健診を受診される日を必ず記入ください。記入されていない場合は健診を受けられないことがありますのでご注意ください。
 - 健診機関名は、上記(4)により日程調整した健診機関名を記入してください。なお健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関(表)を参照し記入して下さい。
 - 巡回健診車の希望の有無欄は、事業所単位で記入して下さい。
- (注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日まで健診を受診することができます。
(注) この健診結果は受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保険指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されないことがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

| | |
|----------|-----|
| 健診車希望の有無 | 有・無 |
|----------|-----|