

全国健康保険協会

生活習慣病予防健診申込書（**団体様専用**）

太枠内全てご記入ください。

保険者証の 保険者番号 (8桁)	保険証の 記号 (最大8桁)
01	

事業所名称	様		予約票・結果送付先	☐ 事業所	☐ 本人
事業所所在地	〒	担当者様：様	結果必要部数	☐ 1部	☐ 2部
			請求情報	☐ 全額個人負担 ☐ 全額事業所負担 ☐ 一部個人負担 ()	
TEL		FAX		Mail	

I D（記入不要）	保険証の 番号	性別	フリガナ 氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの				健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目	☐ 乳がん	☐ 子宮がん	☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー	ピロリ菌 ☐ 採血 ☐ 便中			
I D（記入不要）	保険証の 番号	性別	フリガナ 氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの				健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目	☐ 乳がん	☐ 子宮がん	☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー	ピロリ菌 ☐ 採血 ☐ 便中			
I D（記入不要）	保険証の 番号	性別	フリガナ 氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの				健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目	☐ 乳がん	☐ 子宮がん	☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー	ピロリ菌 ☐ 採血 ☐ 便中			
I D（記入不要）	保険証の 番号	性別	フリガナ 氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの				健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目	☐ 乳がん	☐ 子宮がん	☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー	ピロリ菌 ☐ 採血 ☐ 便中			
I D（記入不要）	保険証の 番号	性別	フリガナ 氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの				健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目	☐ 乳がん	☐ 子宮がん	☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー	ピロリ菌 ☐ 採血 ☐ 便中			
I D（記入不要）	保険証の 番号	性別	フリガナ 氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの				健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目	☐ 乳がん	☐ 子宮がん	☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー	ピロリ菌 ☐ 採血 ☐ 便中			
I D（記入不要）	保険証の 番号	性別	フリガナ 氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの				健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目	☐ 乳がん	☐ 子宮がん	☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー	ピロリ菌 ☐ 採血 ☐ 便中			

全国健康保険協会

生活習慣病予防健診申込書（団体様専用）

太枠内全てご記入ください。

事業所名称	医療法人公仁会 姫路中央病院 様		予約票・結果送付先	☒ 事業所 ☐ 本人	
事業所所在地	〒 672-8048	担当者様： 姫中 様	結果必要部数	☒ 1部 ☐ 2部	
	兵庫県姫路市飾磨区三宅2丁目36		請求情報	☐ 全額個人負担 ☒ 全額事業所負担 ☐ 一部個人負担 ()	
TEL	079-235-7331	FAX	079-235-6009	Mail	〇〇〇〇〇〇〇〇

保険者証の保険者番号(8桁)	保険証の記号(最大8桁)
01 123456	12345678

I D (記入不要)	保険証の番号	性別	フリガナ氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの	健診を受診する日
	1	☒ 男	ヒメチュウ タロウ	S 45 年 4 月 1 日 H	☒ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨密度	〇 月 △ 日
		女	姫中 太郎			☒ 腫瘍マーカー ☐ 採血 ☐ 便中 ピロリ菌	
I D (記入不要)	保険証の番号	性別	フリガナ氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの	健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー ☐ 採血 ☐ 便中 ピロリ菌	
I D (記入不要)	保険証の番号	性別	フリガナ氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの	健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー ☐ 採血 ☐ 便中 ピロリ菌	
I D (記入不要)	保険証の番号	性別	フリガナ氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの	健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー ☐ 採血 ☐ 便中 ピロリ菌	
I D (記入不要)	保険証の番号	性別	フリガナ氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの	健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー ☐ 採血 ☐ 便中 ピロリ菌	
I D (記入不要)	保険証の番号	性別	フリガナ氏名	生 年 月 日	胃 部 検 査	一般健診と併せて受診希望のもの	健診を受診する日
		男		S 年 月 日	☐ 胃カメラ ☐ 胃バリウム	☐ 節目 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん ☐ 骨密度	月 日
		女		H 年 月 日		☐ 腫瘍マーカー ☐ 採血 ☐ 便中 ピロリ菌	