

健診申込書

(事業所用)

会社名

ご連絡先

ご担当者名

【

【

【

】

】

】

—

—

保険者番号(

記号(

)

)

岡山協立病院健診センター

TEL:0570-007-845

FAX:086-273-8397

mail:kenshin-yoyaku@okayama-health.coop

ご記入後、FAX・メール・郵送いずれかの方法で健診センターまでお送りください。

1	氏 名 (フリガナ)		希望日	健診受診項目 ※ご希望の項目に○印をお願いします。		
			第1希望	協会けんぽ 生活習慣病予防健診 お選びください(経鼻・経口・鎮静) ・子宮頸がん検診(単独受診) ・一般健診(若年)	※追加検査 ・節目健診 ・乳がん検診(マンモグラフィー) ・骨密度	
			月 日		・子宮頸がん検診 ・肝炎ウイルス検査 ・喀痰検査	
	生年月日	性別	第2希望			
	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	月 日			
保険証番号()			その他追加・備考等			
2	氏 名 (フリガナ)		希望日	健診受診項目 ※ご希望の項目に○印をお願いします。		
			第1希望	協会けんぽ 生活習慣病予防健診 お選びください(経鼻・経口・鎮静) ・子宮頸がん検診(単独受診) ・一般健診(若年)	※追加検査 ・節目健診 ・乳がん検診(マンモグラフィー) ・骨密度	
			月 日		・子宮頸がん検診 ・肝炎ウイルス検査 ・喀痰検査	
	生年月日	性別	第2希望			
	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	月 日			
保険証番号()			その他追加・備考等			
3	氏 名 (フリガナ)		希望日	健診受診項目 ※ご希望の項目に○印をお願いします。		
			第1希望	協会けんぽ 生活習慣病予防健診 お選びください(経鼻・経口・鎮静) ・子宮頸がん検診(単独受診) ・一般健診(若年)	※追加検査 ・節目健診 ・乳がん検診(マンモグラフィー) ・骨密度	
			月 日		・子宮頸がん検診 ・肝炎ウイルス検査 ・喀痰検査	
	生年月日	性別	第2希望			
	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	月 日			
保険証番号()			その他追加・備考等			
4	氏 名 (フリガナ)		希望日	健診受診項目 ※ご希望の項目に○印をお願いします。		
			第1希望	協会けんぽ 生活習慣病予防健診 お選びください(経鼻・経口・鎮静) ・子宮頸がん検診(単独受診) ・一般健診(若年)	※追加検査 ・節目健診 ・乳がん検診(マンモグラフィー) ・骨密度	
			月 日		・子宮頸がん検診 ・肝炎ウイルス検査 ・喀痰検査	
	生年月日	性別	第2希望			
	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	月 日			
保険証番号()			その他追加・備考等			
5	氏 名 (フリガナ)		希望日	健診受診項目 ※ご希望の項目に○印をお願いします。		
			第1希望	協会けんぽ 生活習慣病予防健診 お選びください(経鼻・経口・鎮静) ・子宮頸がん検診(単独受診) ・一般健診(若年)	※追加検査 ・節目健診 ・乳がん検診(マンモグラフィー) ・骨密度	
			月 日		・子宮頸がん検診 ・肝炎ウイルス検査 ・喀痰検査	
	生年月日	性別	第2希望			
	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	月 日			
保険証番号()			その他追加・備考等			