

# 協会けんぽ健康診断申込者名簿

申込み日 令和 年 月 日 No. \_\_\_\_\_  
 記入漏れの無いよう記入してください。

会社名		担当者		電話番号
会社住所	〒			
健康保険被保険者証の保険者番号		8桁の数字	健康保険被保険者証の記号	数字／事業者ごとに違う

**【申し込みの注意事項】** ※下記の内容をご確認のうえ、申し込みをしてください。情報に不備がありますと協会けんぽの補助対象外の健康診断になります。

1. 協会けんぽの一般健診は、今年度35歳以上74歳の方が対象者となります。
2. 付加健診の該当者は、一般健診と合わせて受けることができます。該当は、今年度40歳と50歳の方のみとなります。対象者以外の方は、実施できません。(実費での実施もいたしません)
3. 乳がん検診は、該当年齢の方のみお受けいただけます。該当年齢以外の方は、実施できません。(実費での実施もいたしません)
4. 子宮頸がん検診は、該当年齢以外の方でも実施いたします。費用は、実費となります。 ※超音波検査(エコー検査)のオプションは、ありません。
5. 資格取得申請中(ご本人の手元に保険証が無い)は、申し込みは出来ません。保険証が発行されてから申し込みをしてください。(協会けんぽのシステム変更のため)
6. 4月～6月の予約は、3月から 7月～9月の予約は、5月から 10月～12月の予約は、8月から 1月～3月の予約は、11月からそれぞれ受付を開始します。

※木曜日は、婦人科健診日のため女性のみとなります。 ※希望にそえない場合もあります。

健康保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	単独・子宮癌検診	一般健診	付加健診	乳がん検診	子宮癌検診	胃の検査	追加検査	第1	第2
				20～34歳迄偶数年齢	35歳以上の方	満40歳と50歳	40歳以上の偶数年齢	36歳以上の偶数年齢	バリウム・無 (オプション検査番号)	希望日	希望日	
		男	昭和 年 月 日									
		女	平成 年 月 日									
			右記健診から該当するものに○をつけてください									
		男	昭和 年 月 日									
		女	平成 年 月 日									
			右記健診から該当するものに○をつけてください									
		男	昭和 年 月 日									
		女	平成 年 月 日									
			右記健診から該当するものに○をつけてください									
		男	昭和 年 月 日									
		女	平成 年 月 日									
			右記健診から該当するものに○をつけてください									
		男	昭和 年 月 日									
		女	平成 年 月 日									
			右記健診から該当するものに○をつけてください									