

# 生活習慣病予防健診申込書の記載例

・35歳～74歳の被保険者の方、受診券をお持ちの40歳以上の被扶養者の方、20歳以上の被保険者で偶数年齢の女性の方のお申込書です。

※赤い記入例を参考にご記入願います。

健康保険被保険者証

本人（被保険者） 00163  
平成23年 4月 6日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 キョウカイ 協 会 太 郎  
生年月日 昭和 61年 10月 22日 性別 男  
資格取得年月日 平成 20年 10月 10日  
XX XX XX

事業所名称 ○○ 株式会社

保険者番号 01010011  
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部  
保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○

※健康保険被保険者証が本人（被保険者）もしくは40歳以上の受診券をお持ちの被扶養者であるかご確認ください。  
受診券をお持ちでない家族（被扶養者）の方、34歳以下の方、保険未加入の方は、定期健康診断申込書にご記入願います。

## 生活習慣病予防健診申込書① ↑ 切り取ってご使用ください

年月日 (事業所所在地) ○○○-○○○  
福岡県福岡市○○区○○ ○-○○-○

船員保険 福岡健康管理センター  
<東区原田3丁目4番10号> 行き (事業所名称)

※2020年度より協会けんぽへの申込みは不要となりました。  
※被保険者の記号および番号のお間違えないようお願いいたします。

〇〇〇 株式会社

担当者名 協会 一郎  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

左記ご連絡先が別の場合(支店・営業所)は  
ご記入ください。

所在地 〇〇〇-〇〇〇〇  
福岡県福岡市△△区○○  
支店名 (営業所名) ○-○○-○  
〇〇株式会社 △△支店

担当者名 協会 太郎  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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
01010011	21700023

健康保険被保険者証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	いずれかを○で囲んでください	いずれかを○で囲んでください ※外注のお受診可能	ご希望の場合は、いずれかを○で囲んでください	健診希望日	健診希望会場	備考
21	キョウカイ 太 郎 協会 太郎	男	昭和 61年 10月 22日	一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	XX 年 X 月 X 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	
22	フクオカ ハナコ 福岡 花子	女	昭和 61年 10月 22日	一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	XX 年 X 月 X 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	
23	ケンコウ ヤスコ 健康 保子	女	昭和 61年 10月 22日	一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	XX 年 X 月 X 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	扶養者
				一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	年 月 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	
				一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	年 月 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	
				一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	年 月 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	
				一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	年 月 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	
				一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	年 月 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	
				一 般 健 診	付 加 健 診	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 手 診 有・無	年 月 日	1. 外来 2. 四部 2. 会場( )	

申込書にすべて記入が完了したら  
写しをとり、控えとして保管してください。  
健診当日は、保険証の提示が必要となります。  
資格喪失の方は自費でのご受診となります。

お早めにお申込みをお願いします。

〔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、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。