

生活習慣病予防健診申込書①

年 月 日

(事業所所在地) 〒

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。

※被保険証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。

○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

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
-------------------------	-------------------

担当者名 _____
 電話番号 () _____
 FAX番号 () _____

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は
 ご記入ください。

所在地 〒 _____

支店名
 (営業所名) _____

担当者名 _____
 電話番号 () _____
 FAX番号 () _____

(注) 特定差額健診は40歳以上被扶養者の方のみご受診が可能です



健康保険証の 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 外来のみ受診可能		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
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 12年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	
		男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	付 加 健 診	特 定 差 額 健 診	人 間 ド ック	特 別 人 間 ド ック	乳 マン モ 有・無 乳 エ コ ー 有・無 子 宮 有・無	令 和 年 月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場()	

(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。