

定期健康診断申込書②<35歳未満の方、被扶養者、国民健康保険の方等どなたでもお申しいただけます>

申込日 年 月 日

事業所名称 フリガナ _____	事業所所在地 〒 _____ 都・道 市・区 府・県 郡	担当者 TEL ( ) _____ FAX ( ) _____
支社・営業所名称 フリガナ _____	支店・営業所所在地 〒 _____ 都・道 市・区 府・県 郡	担当者 TEL ( ) _____ FAX ( ) _____

健康保険被保険者証 保険者番号									
保険記号	保険番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	健診コース	婦人科	健診希望日	希望会場	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	1. 労安則B 2. 一般健診自費 3. その他( )	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無	月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場健診 会場名( )	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	1. 労安則B 2. 一般健診自費 3. その他( )	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無	月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場健診 会場名( )	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	1. 労安則B 2. 一般健診自費 3. その他( )	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無	月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場健診 会場名( )	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	1. 労安則B 2. 一般健診自費 3. その他( )	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無	月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場健診 会場名( )	
			男・女	昭和・平成 年 月 日	1. 労安則B 2. 一般健診自費 3. その他( )	乳マンモ 有・無 乳エコー 有・無 子宮 有・無	月 日	1. 外来 2. 西部 3. 会場健診 会場名( )	

※ 婦人科健診は一部の会場でのみ実施しております。  
 ※ 会場健診ご希望の方は 別ページにあるQRコードを読み込んでいただき、  
 『2022年度会場健診日程表』を参照のうえ、希望会場欄( )に会場名をご記入ください。  
 ※ コース料金は『健診コース比較表』をご参照ください。  
 注：この申込書は福岡健康管理センター受診者様専用申込書となっております。  
協会けんぽへは提出しないでください

<お問い合わせ・お申込み先>  
 外来・西部 TEL 092-611-6311  
 会場健診 TEL 092-611-6721  
 ※お電話の際はくれぐれもお間違えのないようお願いいたします  
 FAX 092-622-4425