健康診断申込書

全国健康保険協会

② □ 当日支払
□ 後日請求

①		
事業所名		
事業所住	〒	
担当者名		TEL　FAX

左記と異なる住所に問診票等送付希望の場合は記入してください。（自宅・事業所）
住所 〒
宛名
日中連絡先

③ 記号		④ 保険者番号	0	1						

「記号」「番号」「保険者番号」は健康保険証に記載しています。
協会けんぽ加入者は必ず記入してください。

申込方法1
または
申込方法2

太枠①～⑤全て記入してください。➡ 本申込書一枚のみ送信

1、別途、協会けんぽから届いております『健診対象者一覧』の備考欄に、受診日、会場名を記入してください。
2、35歳未満、社会保険未加入（国保、パート、アルバイトなど）、被扶養者の方は①～⑤に記入してください。

FAX送信先
06-6575-3877

⑤

氏名	性別	生年月日	保険者区分	番号 個人により異なる	健診コース（1つに○をつけてください） ※付加、付加差額は★マークの日程のみ	会場受診日	会場名	備考
（フリガナ）	男 女	昭和・平成 年　月　日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）		付加 ￥7,969　付加差額 ￥14,883 一般 ￥5,280　若年層 ￥14,300 定期 ￥8,800　自費一般 ￥18,858 （40歳以上被扶養者） ミニドック ￥11,708　特定 ￥0	令和 年　月　日		
（フリガナ）	男 女	昭和・平成 年　月　日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）		付加 ￥7,969　付加差額 ￥14,883 一般 ￥5,280　若年層 ￥14,300 定期 ￥8,800　自費一般 ￥18,858 （40歳以上被扶養者） ミニドック ￥11,708　特定 ￥0	令和 年　月　日		
（フリガナ）	男 女	昭和・平成 年　月　日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）		付加 ￥7,969　付加差額 ￥14,883 一般 ￥5,280　若年層 ￥14,300 定期 ￥8,800　自費一般 ￥18,858 （40歳以上被扶養者） ミニドック ￥11,708　特定 ￥0	令和 年　月　日		
（フリガナ）	男 女	昭和・平成 年　月　日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）		付加 ￥7,969　付加差額 ￥14,883 一般 ￥5,280　若年層 ￥14,300 定期 ￥8,800　自費一般 ￥18,858 （40歳以上被扶養者） ミニドック ￥11,708　特定 ￥0	令和 年　月　日		
（フリガナ）	男 女	昭和・平成 年　月　日	本人（被保険者） 家族（被扶養者）		付加 ￥7,969　付加差額 ￥14,883 一般 ￥5,280　若年層 ￥14,300 定期 ￥8,800　自費一般 ￥18,858 （40歳以上被扶養者） ミニドック ￥11,708　特定 ￥0	令和 年　月　日		

【注意】補助を利用して健康診断を受診できるのは、年に一度です。受診日以前（令和5年4月2日以降）に受診されていると、健診料金（￥18,858）が発生いたしますのでご注意ください。

この欄には記入しないでください。➡

連絡	入力			予約入力	完了/送付
	属性	進捗	コピー		
／	／	／	／	／	／　／

企画・営業課