

※病院使用欄

記入例

下記必要事項をご入力（ご記入）いただき、予約フォームに添付してお送り下さい

(1ヶ月先からのご予約となります)

※ 申込みが確認出来次第、こちらからお電話いたしますのでしばらくお待ちください

※この健診は被保険者（本人）の方が
対象となります

フリガナ ①事業所	カブシキガイシャ〇〇〇〇 株式会社〇〇〇〇			フリガナ ②支店名（営業所名）	カブシキガイシャ〇〇〇〇 〇〇〇シテン 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇支店		
所在地（任継は自宅）	〒 大阪府和泉市〇〇町 〇〇丁目 〇			所在地	〒		
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
ご担当者	〇〇 〇〇			ご担当者	〇〇 〇〇		
健康保険証保険者番号	99999999			※左記と連絡先が別の場合（支店・営業所）はこちらにご記入ください			
健康保険証記号	21700023						
案内・結果の郵送先	①事業所						

- ※ 案内・結果は個別封筒に封入し全て①又は②のいずれかに送付致します。（受診者様自宅への配送は不可）
- ※ 事前の案内は、順次発送致します。受診日の2週間前に届いていない場合は、ご連絡ください。
- ※ 全ての検査は、毎月・平日（土日祝除く）の午前中に実施です。（日程が変更する場合もございます）
- ※ 乳がん検診（月）（木）受診できません。
- ※ マイナンバーカードしかお持ちでない方で、保険証の記号・番号の確認が出来ない方は、保険証の記入は不要です。
- ※ お支払いは、当日個別でのお支払いとなります。（請求書対応不可）
- ※ 健診当日の内容変更・追加は出来ません。必ず2週間前までにお電話をお願いします。

和泉市立

健康保険 本人（被保険者） 00487
被保険者証 令和 2年 4月10日交付

記号 21700023 番号 1 (枝番) 00

氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 令和 2年 4月 1日

TEL

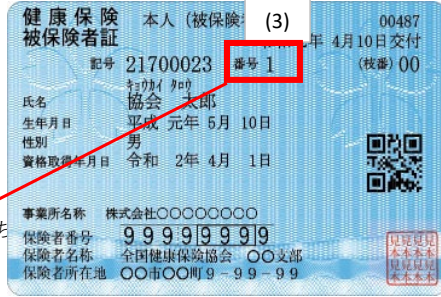
事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

保険者番号 99999999

保険者所在地 〇〇市〇〇町 9-99-99

2025年度 全国健康保険協会管掌 生活習慣病予防健診申込書

受診者リスト



和泉市立総合医療センター健診センター

FAX : 0725-51-7287

申込が確認出来次第、こちらからお電話いたしますのでしばらくお待ちください。

フリガナは保険証に印字の文字と完全一致で入力をお願いします。

※患者IDは当院の診察券番号または、過去の健診結果に記載されているカルテ番号をご入力ください。

任意継続の方は、下記任意継続の欄に○を付けて下さい。

カメラ検査：4,400円（税込）追加 鎮静剤有：1,100円（税込）追加

般健診項目は、どの項目もすべて受診していただくようになっています。

加健診の肺機能検査は、協会けんぽの通達により未実施とすることがあります。

炎ウイルス検査は、過去にC型肝炎検査を受けたことがある方は受診できません。

がん検査は、妊娠中・授乳中（断乳後6ヵ月以内）、豊胸手術（脂肪注入含む）後、ペースメーカーやCVポート等を装着中、VPシャントを施行中の方は受診できません。

病院使用欄

患者ID (診察券番号)	姓(フリガナ) 名(フリガナ) 氏名	性別	生年月日		自宅住所	受診コース(協会けんぽ補助対象) ○を入力してください						胃部健診		希望日	月	日	
			元号	年		〒	一般	子宮頸がん (単独)	付加	乳がん	子宮頸がん	※肝炎ウイルス	バリウム				○
(3)	協会 太郎	男	平成	1年	大阪府和泉市〇〇町〇〇丁目〇	○							○		①	4月	25日
任意継続	協会 太郎	男	5月	10日	TEL :								胃カメラ		②	4月	29日
任意継続													鎮静剤	有・無			
任意継続													胃カメラ		②		
任意継続													鎮静剤	有・無			
任意継続													胃カメラ		②		
任意継続													鎮静剤	有・無			
任意継続													胃カメラ		②		
任意継続													鎮静剤	有・無			