

2026年度 全国健康保険協会管掌 生活習慣病予防健診申込書

(病院予約専用用紙)

株式会社〇〇〇〇
NO.1

※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	カブシキカイシャ〇〇〇〇 株式会社〇〇〇〇			フリガナ ② 支店名（営業所名）			
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		FAX	
ご担当者	〇〇 〇〇			ご担当者			
資格確認書保険者番号	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			
資格確認書記号	12345678						
案内・結果の郵送先							

- ※ 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、資格確認書の記号・番号の確認が出来ない方は、資格確認書の記入は不要です。
- ※ 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

TEL

健康保険 本人（被保険者） 00111
資格確認書 令和 6年12月 2日 交付
記号 12345678 番号 1 (枚数) 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 6年12月 2日
有効期限 令和 11年11月30日

保険者番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
保険者所在地 〇〇市〇〇町9-99-99

健診機関コード (2710503612)

