

全国健康保険協会受診申込票

1.対象者
協会けんぽ「生活習慣病予防健診」の受診者で、3名以上でお申し込みされる場合は、申込書にてお申し込みください。
<送付先> MedCity21 FAX：06-6624-8212

2.受診期間
受診日は6月30日までとなっております。それ以降の日程につきましては、ホームページにてお知らせいたします。

3.受付曜日
受診日は祝日を除く月曜日～金曜日です。なお、婦人科検査・乳腺検査をご希望の方は、月曜・木曜・金曜にお申込みください。

4.受付時間
受付は原則午後からとなります。ただし、追加オプションが血液検査のみの場合に限り、午前中の受付も可能です。

1.事業所情報

事業所名	事業所住所	
	〒	
担当者	連絡先	
	TEL	FAX
保険者番号	記号・番号	

2.送付先・領収書情報

事前案内(キット)送付先	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 事業所 (本人宛)
結果票送付先	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 事業所 (本人宛)
領収書宛名 (本体健診分)	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 事業所
領収書宛名 (オプション分)	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 事業所

3.個人情報

(フリガナ) ヨウダイ タロウ	性別	生年月日	保険証番	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名) 公大 太郎	男	昭和40年4月5日	1	一般健診	バリウム	MRI/MRA	4/15 (AM)、4/22 (PM)、5/7 (PM)
〒545-6090 大阪市阿倍野区阿倍野筋1-1-43 あべのハルカス21F						携帯番号 080-XXXX-XXXX	

1 (フリガナ)	性別	生年月日	保険証番	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒						携帯番号	

2 (フリガナ)	性別	生年月日	保険証番	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒						携帯番号	

3 (フリガナ)	性別	生年月日	保険証番	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒						携帯番号	

4 (フリガナ)	性別	生年月日	保険証番	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒						携帯番号	

5 (フリガナ)	性別	生年月日	保険証番	健診コース	胃検査	オプション	3つの候補日
(氏名)							
〒						携帯番号	