

独立行政法人国立病院機構
敦賀医療センター健診担当 行
(FAX: 0770-25-0354)

全国健康保険協会
生活習慣病予防健診申込書
(令和6年度分)

事業所所在地 〒

事業所名称

担当者名:
電話番号:
FAX番号:

左記と下記の各送付先が別の場合(本社等)は
分類にチェックマークをし、ご記入ください。

- ご案内文・検査キット送付先
- 結果通知票送付先
- 請求書送付先

所在地: 〒

名称:

担当者名:
電話番号:
FAX番号:

申込書記入日 年 月 日

お支払い方法: どちらかに○を付けてください。
(当日ご本人様お支払い・翌月会社様請求書送付払い)
※インボイス対応ご希望の場合は、会社様請求をお選びください。

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号
-------------------------	-------------------

健康保険証の 番 号	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	ご希望の健診の種類を○で囲んでください (一般健診の方は胃カメラ(鼻・口・バリウム) のご希望も○で囲んでください)		子宮頸がん 検診(単独)	一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			希望月(2つ○で囲んでください) 胃カメラ: 12月~3月 胃透視: 11月~3月	備 考
				一般健診			付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診		
		男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ (鼻・口)	胃透視 (バリウム)		付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	11月・12月 1月・2月・3月	
		男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ (鼻・口)	胃透視 (バリウム)		付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	11月・12月 1月・2月・3月	
		男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ (鼻・口)	胃透視 (バリウム)		付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	11月・12月 1月・2月・3月	
		男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ (鼻・口)	胃透視 (バリウム)		付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	11月・12月 1月・2月・3月	
		男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ (鼻・口)	胃透視 (バリウム)		付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	11月・12月 1月・2月・3月	
		男・女	S・H 年 月 日	胃カメラ (鼻・口)	胃透視 (バリウム)		付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん検診	11月・12月 1月・2月・3月	

<記入上の注意>

- (1) 健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる女性の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んでください。
また、健診の受診年度において36歳・38歳になられる女性の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- (2) 健診の受診年度において40歳以上の偶数年齢になられる女性の方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ囲んでください。
- (3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳になられる方が、付加検診を希望される場合は、「一般健診」と「付加検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- (4) 子宮頸がん検診希望の方は、一般健診も火曜日か金曜日となります。
(注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者になりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。