

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7年度分)

事業所所在地	〒
事業所名称	

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:

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。

担当者名:

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
-------------------------	-------------------

(当日ご本人様お支払い・翌月会社様請求書送付払い)

電話番号:

※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。

FAX番号:

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			受診希望日を第3希望まで ご記入ください			備 考
				一般健診	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	第1希望日	第2希望日	
		男・女	S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		男・女	S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		男・女	S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		男・女	S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		男・女	S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<記入上の注意>

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- マイナンバーカード運用に伴い健康保険証の番号が確認できない場合は、受診される方の居住地の郵便番号をご記入ください。

(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。