# 全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧

| |
|---|
| 事業所住所：※必ずご記入ください。<br>〒　　－ |
| 事業所名：　※必ずご記入ください。 |
| ※必ずご記入ください。<br>担当者名： |
| ※必ずご記入ください。<br>TEL： |

予約券・報告書の送付先が左記と異なる場合は記入してください。

| |
|---|
| 住所：　〒　　－ |
| 事業所名： |
| 担当者名： |
| TEL： |

◎協会けんぽの健診費用補助は、年度内お一人様1回限りです。
※人間ドック健診 25,000円の協会補助は対象外の医療機関です

| 保険者番号 | 健康保険証の記号 |
|---|---|
| ※必ずご記入ください。 | ※必ずご記入ください。 |

| 保険証の番号 | フリガナ<br>氏名 | 性別 | 生年月日 | 受診項目に〇印をしてください。 | | | | | 備考・その他 | 受診希望日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ご記入例<br>トチギ　ハナコ<br>栃木　花子 | 男<br>女 | S<br>H　43 年 5 月 1 日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | オプション<br>胃カメラ希望<br>等 | ①　年 8月10日<br>②　年 9月10日<br>③　年 9月15日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |
| | | 男<br>女 | S<br>H　年　月　日 | 節目健診 | 一般健診 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 | | ①　年　月　日<br>②　年　月　日<br>③　年　月　日 |

医療法人DIC宇都宮セントラルクリニック