

協会けんぽ加入事業所  
健康診断申込書

池上総合病院 健診センター

FAX 03-5747-1482 (専用)

TEL 0120-70-6081 (フリーダイヤル)

事業所名(フガナ)	事業所住所 〒	
	電話番号	
ご担当者名(フガナ)	FAX	
	健康保険組合名	
	保険者番号	記号

※希望健診番号 ①一般健診(生活習慣病予防健診):35歳~74歳被保険者 ②人間ドック  
③節目健診:40、45、50、55、60、65、70歳被保険者 ④一般健診(若年):20、25、30歳被保険者  
⑤定期健康診断:協会けんぽ補助対象外

保険証番号	フガナ 受診者名	性別 本人・家族	生年月日	※希望健診 番号	オプション 希望に☑	受診希望日
		男・女	T · S · H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 他( )	① 月 日 ② 月 日
		本・家				
		男・女	T · S · H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 他( )	① 月 日 ② 月 日
		本・家				
		男・女	T · S · H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 他( )	① 月 日 ② 月 日
		本・家				
		男・女	T · S · H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 他( )	① 月 日 ② 月 日
		本・家				
		男・女	T · S · H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 他( )	① 月 日 ② 月 日
		本・家				
		男・女	T · S · H 年 月 日		<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 他( )	① 月 日 ② 月 日
		本・家				

健康診断をご予約の方へ

- ・必要事項を記入し、健康診断希望日の3週間前までに当健診センターまでにご送付ください。
- ・健康保険の助成金についてご質問がございましたら、当健診センターへご相談ください。
- ・この用紙が当健診センターに届きましたら、健診の予約担当より確認のFAXまたはお電話を差し上げます。
- ・オプションの婦人科(子宮がん)検診は火・水・木・金曜日での実施となりますのでご了承願います。