

令和8年度  
(けんぽ)

全国健康保険協会管掌健康保険  
生活習慣病予防健診 申込書

大崎市民病院健康管理センター 宛

FAX : 0229-23-3472

Email : kenshin-yoyaku@h-osaki.jp

※受付順に予約日を確定してご連絡します。送付後、2週間経過しても返信がない場合はお手数ですが、ご連絡をお願いします。

事業所連絡先記入欄		書類の送付先・支払方法など (チェック欄)	
事業所名		健診案内送付先 <small>※健診案内の希望送付先にチェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 個人住所 <input type="checkbox"/> その他
〒			
住所		健診結果送付先 <small>※健診結果の希望送付先にチェックしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 個人住所 <input type="checkbox"/> その他
電話番号			
FAX番号		支払方法	<input type="checkbox"/> 請求書 (事業所宛) <input type="checkbox"/> 当日払 (個人宛領収証) <input type="checkbox"/> その他
E-mail		<small>※オプション等支払い方法が異なる場合は備考欄または通信欄にご記入ください。</small>	
ご担当者名			

保険者番号	保険証の記号

○健診案内 (及び検体容器) , 健診結果, 請求書は上記住所に送付します。上記以外への送付, 請求を希望される場合は書類の送付先欄にチェックを入れ, 下の通信欄に正確な送付先 (会社名, 住所, 電話番号) をご記入ください。  
○申込み欄の住所が不足する場合は, 行をコピーしてお使いください。通信欄が不足する場合は別紙でも結構です。

例	保険証番号	氏名	フリガナ	ID (記入不要)	生年月日	年度年齢 (令和8年3月31日現在) ※自動計算	性別	一般健診 (35~74歳) 定期健診A (対象年齢以外) 子宮がん検診 (単独) 20歳以上の偶数年齢女性	一般健診と併せて受診可			健診希望日 第2希望まで (予約内容等によりご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。)	予約時間 (記入不要)	備考 (オプション, 一部キャンセル他)
									付加健診(40・45・50・55・60・65・70歳)	乳がん検診 (40歳以上偶数年齢女性)	子宮頸がん検診 (20歳以上偶数年齢女性)			
	20	大崎 花子	オサキ ハナコ		S55.11.11	45	女	一般健診	対象外(自費)	対象外・自費(エコー)	子宮がん検診	月 日		骨密度 (個人負担)
1												月 日		
2												月 日		
3												月 日		
4												月 日		
5												月 日		

※健診内容は「料金表 (協会けんぽ)」のシート及びウェブサイトをご参照ください。

通信欄

※受付順に予約日を確定して返信いたします。