

全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）  
生活習慣病予防健診申込書

令和8年度

受付印

事業所カナ：  
事業所名称：  
事業所所在地：〒 -  
TEL：  
FAX：  
担当者名：

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は記入して下さい  
所在地 〒 -  
支店名(営業所名)  
担当者名  
TEL

健診費用のお支払い方法をお知らせ下さい(いずれかの□に✓)

- ①全て会社請求(後日請求書送付) ②当日窓口払い  
③オプションのみ窓口払い ④その他( )

保険者番号	記号

番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診のいずれかを○で囲んで下さい		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んで下さい				希望日： 受診決定日：
				一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮がん検診(単独)	節目健診	乳がん検診	子宮がん検診	骨粗鬆症検診	希望日： 受診決定日：

特記事項

小牧市民病院 健診センター  
TEL0568-76-6100 FAX0568-76-5902