

生活習慣病予防健診予約申込書

事業所 〒 _____
所在地 _____

事業所 名称 _____ 様

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX番号 () _____

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は記入してください。
所在地 〒 _____

支店名 _____
(営業所名) _____

担当者名 _____
電話番号 () _____
FAX番号 () _____

JA長野厚生連 北信総合病院
健康管理センター
FAX: 0269-23-5273

* 保険者番号・記号・番号、氏名、生年月日、希望される健診内容、希望日等、ご記入いただきFAXにてお申込みください。

保険者番号	健康保険証の記号

健康保険証の 番号	フリガナ		性別	生年月日	単独で受診できます (いずれかを○で囲んで下さい)		一般健診と併せて受診できます (希望される場合は○で囲んで下さい)			健診希望日	胃検診 (いずれかを○で囲んで下さい)	備考	
	氏名				一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診				令和 年 月 日
			男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	胃検診: バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) なし	
			男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	胃検診: バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) なし	
			男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	胃検診: バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) なし	
			男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	胃検診: バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) なし	
			男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	胃検診: バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) なし	
			男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	胃検診: バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) なし	
			男・女	昭・平	年 月 日	一般健診	子宮頸がん 検診(単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	令和 年 月 日	胃検診: バリウム 胃カメラ(経口・経鼻) なし	

<記入上の注意>

1. 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、50歳になられる方**で、付加健診を希望される場合は『一般健診』と『付加健診』をそれぞれ○で囲んでください。
2. 胃カメラを希望される方は、別途 4,400円かかります。
3. 乳がん(マンモグラフィ)・子宮頸がん検診は偶数年齢者のみが補助対象になります。(乳房超音波検査は補助対象にはなりませんのでご注意ください。)