

# 生活習慣病予防健診申込書の記入

※      の箇所は必ずご記入ください

※ 健康保険の記号や番号がご不明な場合は  
マイポータルや資格情報のお知らせ等で  
確認することができます。

## 全国健康保険協会(協会けんぽ)生活習慣病予防健診申込書 都城健康サービスセンター検診課

※お申込者の情報を下記にご記入ください↓

事業所所在地 (本社等)	〒 -
事業所名称 (本社等)	
ご担当者	
電話番号	
FAX番号	

※左記と連絡先・送付先等が別の場合、下記へご記入ください↓

事業所所在地 (営業所等)	〒 -
事業所名称 (営業所等)	
ご担当者	
電話番号	
FAX番号	

### 【郵送物送付先】

※いずれかにチェックをつけてください※  
ご自宅希望の場合は、下記の住所・電話番号欄へご記入ください

問診票	<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所 (本社・営業所)
健診結果表	<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所 (本社・営業所)

※会社用結果控えが別途必要な方はお申し付けください

※年度途中での変更は原則できません

### 【お支払い方法】

※いずれかにチェックをつけてください※

<input type="checkbox"/> 全額窓口支払い	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所請求
請求書送付先 (本社・営業所)	

事業所請求にチェックをつけた方は、

事業所へ請求して良い項目にチェックをつけてください

<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(補助対象)
<input checked="" type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 乳がん・子宮頸がん(補助対象)
<input type="checkbox"/> 定期健康診断(①・②)	<input type="checkbox"/> 差額胃カメラ(税込4,000円)
<input type="checkbox"/> 付加健診(補助対象)	<input type="checkbox"/> その他オプション

※年度途中で支払い方法の変更は原則できません

加入している健康保険の保険者番号 <b>9 9 9 9 9 9 9 9</b>	加入している健康保険の記号 <b>2 1 7 0 0 0 2 3</b>
--	---

加入中の健康 保険の番号	フリガナ		性別	生年月日	受診を希望する項目に○.希望しない項目に×をお願いします					備考		確定日		
	氏名				協会けんぽ補助対象			補助対象外		オプション等をご記入ください				
1	キョウカイ タロウ		男 ・ 女	昭 ・ 平	64 年 1 月 5 日	○ 一般 健診	付加 健診	乳が ん(マン モグラ フィ)	子宮 頸が ん	子宮 頸が ん(単 独)	定期 ①	定期 ②	胃カメラ	令和 7 年 4 月 3 日
	自宅住所 〒 -										電話番号			
			男 ・ 女	昭 ・ 平	年 月 日	一般 健診	付加 健診	乳が ん(マン モグラ フィ)	子宮 頸が ん	子宮 頸が ん(単 独)	定期 ①	定期 ②		令和 年 月 日
	自宅住所 〒 -		電話番号											
			男 ・ 女	昭 ・ 平	年 月 日	一般 健診	付加 健診	乳が ん(マン モグラ フィ)	子宮 頸が ん	子宮 頸が ん(単 独)	定期 ①	定期 ②		令和 年 月 日
	自宅住所 〒 -		電話番号											

【返信先】都城健康サービスセンター FAX:0986-36-8720 E-MAIL:kensin@miyakonojokenko.com  
検診課 宛て