

申込書記入例

若年層健診PLUS / 若年層健診 共通 【35歳未満の被保険者の方】

若年層健診PLUS/若年層健診【35歳未満の協会けんぽ被保険者の方】 H29年度申込書・フィオーレ

若年層健診PLUS 19,440円(税込:18,000円) 見本

<検査項目> 診察・血圧・身長・体重・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査
胃部X線検査・便潜血検査

若年層健診 9,720円(税込:9,000円)

<検査項目> 上記の若年層健診PLUS検査項目の内、胃部X線検査・便潜血検査を除く

【注意】若年層健診PLUSで検査不要もしくは、若年層健診で検査追加を希望の場合はお申し出ください。
(便潜血検査:1,404円(税込))

【申込方法】受診日をご予約の際は、必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。(全国健康保険協会の専用ダイヤルまで)
※全国健康保険協会補助対象の「子宮頸がん検診(単発受診)」を希望の方は、別途申込書が必要となります。

事業所名			ご担当者名		
事業所所在地	〒		電話番号		
保険者番号			保険証の記号		
★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。					
住所/支店・営業所名	〒		ご担当者名		
			電話番号		

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 <small>和暦を○で囲んでください</small>	受診予約日 受付時間	希望のコースを○で 囲んでください	備考
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	
	男・女	昭和・平成	月 日	若年層健診PLUS 若年層健診	若年層健診	

健康保険被保険者証 本人(被保険者) 見本 00111

平成26年6月25日交付

記号 21700023 ① 番号 21 ②

氏名 **キョウカイ 知ウ 協会 太郎**

生年月日 昭和〇〇年△月□日

性別 男

資格取得年月日 平成26年6月1日

事業所名称 〇〇株式会社 ③

保険者番号 01010016

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業所名	〇〇株式会社		ご担当者名	〇〇	
事業所所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇1-2-3		電話番号	1234-5678	
保険者番号	01010016 ③		保険証の記号	21700023 ①	
★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。					
住所/支店・営業所名	〒 ※上記事業所在地と、問診票等送付先住所が異なる場合のみ明記願います。			ご担当者名	
				電話番号	

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 <small>和暦を○で囲んでください</small>	受診予約日 受付時間	希望のコースを○で 囲んでください	備考
21 ②	キョウカイ タロウ 協会 太郎	男・女	昭和 ・平成 〇〇年 △月 □日	4月10日 10:00	若年層健診PLUS	若年層健診
		男・女	昭和・平成	日	若年層健診PLUS	若年層健診
		男・女	年 月 日	日	若年層健診PLUS	若年層健診

※電話で予約された受診日時をご記入ください