

# 申込書の記入例

健康保険 本人(被保険者)  
被保険者証  
記号 **12345678** 番号 **11**

氏名 野崎 太郎  
生年月日 昭和〇年△月□日  
資格取得年月日 平成〇年△月□日

事業所名称 ○〇株式会社

保険者番号 **01234567**  
保険者名称

健康保健被保険者 健康保険被保険者証の  
証の保険者番号 記号

事業所所在地・事業所名称及び電話番号・FAX番号をご記入下さい。

(事業所所在地) 〒

(事業所名称)

(電話)

(FAX)

野崎徳洲会病院返信用FAX番号(072-818-3720)

支払方法：企業・窓口

郵送物：企業・自宅

支払方法・郵送物の送付先に○で囲んで下さい。

健康保険証の番号	フリガナ		性別	生年月日	希望する健診の種類		一般健診と併せて受診			胃部検査	健診希望日
	氏名				一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診		
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日

希望される健診の種類を○で囲んで下さい。

「一般健診」と併せて受診希望の方は希望の健診を○で囲んで下さい。

胃部検査においてご希望される検査方法を○で囲んで下さい。※胃カメラ選択の場合、追加料金が3000円掛かりますのでご了承下さい。

※ 健康保険被保険者証の保険者番号・記号、健康保険証の番号は記入の漏れのないようご記入ください。

※ 送付先にご自宅をお選びの方は要望欄に住所の記入をお願いします。

全国健康保険協会管掌健康保険

生活習慣病予防検診申込書

(事業所所在地)

〒

(事業所名称)

(電話)

(FAX)

医療法人徳洲会 野崎徳洲病院 健診センター

直通メールアドレス(nozakenshin@tokushukai.jp)

直通FAX番号(072-818-3720)

支払方法 : 企業・窓口

郵送物 : 企業・自宅

健康保健被保険者証の保険者番号	健康保険被保険者証の記号

健康保険証の番号	フリガナ氏名		性別	生年月日	希望する健診の種類		一般健診と併せて受診			胃部検査	健診希望日
	姓	名			一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診		
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日
			男・女	昭・平	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん健診	胃透視・胃カメラ	年 月 日

その他ご要望があればお書きください

--