

全国健康保険協会管掌健康保険  
生活習慣病予防健診受診申込書

年 月 日

JA尾道総合病院 健康管理課 行

FAX: 0848-22-8231

被保険者  
(ご本人用)

(事業所所在地)

(事業所名称)

(事業主氏名)

〒  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※左記とは連絡先が別の場合(支店・営業所等)  
下記に連絡先を記入してください。

所在地 〒  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

支店名  
(営業所名)

担当者 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_

健康保険被保険証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号

※お申込み順に、当院からのお電話にて健診日を決定させていただきます。ご連絡までに数日かかりますが、病院から連絡の無い場合はお電話ください。

ID	健康保険証の 番 号	フリガナ		性別	生年月日	希望する健診 いずれかを○で囲んでください。			併せて受診する項目 を○で囲んでください。				希望する 健診月や日	その他のオプション欄	健診機関使用欄
		氏 名	姓			名	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診	骨密度			
				男・女	年 月 日	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診	骨密度			
				男・女	年 月 日	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診	骨密度			
				男・女	年 月 日	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診	骨密度			
				男・女	年 月 日	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診	骨密度			
				男・女	年 月 日	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診	骨密度			
				男・女	年 月 日	一般 健診	若年 健診	子宮 単独	節目 健診	乳がん 検診	子宮 検診	骨密度			

<記入上の注意>

- 1) 受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる女性の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮単独」を○で囲んでください。  
また、受診年度において、36歳・38歳になられる女性の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 2) 受診年度において40歳以上の偶数年齢になられる女性の方が、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診、骨密度検査を希望される場合は、「一般健診」と「乳がん検診」「子宮検診」「骨密度」をそれぞれ○で囲んでください。
- 3) 受診年度において、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳になられる方が、節目健診を希望される場合は、「一般健診」と「節目健診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 4) 受診年度において、20歳、25歳、30歳になられる方は、若年健診の対象となります。20歳、30歳の方は、あわせて「子宮検診」もご受診いただけます。

注) 今年度で75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。