

# 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



(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 〒 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 F A X 番号 \_\_\_\_\_

支店名  
 (営業所名) \_\_\_\_\_  
 担当者 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 F A X 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

ID	健康保険証の 番 号	フリガナ		性 別	生年月日	希望する健診の種類 <small>いずれかを○で囲んでください。</small>		併せて受診する項目 <small>を○で囲んでください。</small>			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				一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			
				男・女	年 月 日	一般 健診	子宮がん 検診単独	付加 健診	乳がん 検診	子宮がん 検診			

< 記入上の注意 >

- 1) 健診の受診年度において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、「子宮がん検診単独」を○で囲んでください。また、健診の受診年度において、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「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 2) 健診の受診年度において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、子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「乳がん検診」「子宮がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
- 3) 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歳になられる方が、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。

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。

注) 胃カメラ検査をご希望の方は、「その他のオプション欄」にご記入ください。