

2020年度 全国健康保険協会管掌保険 生活習慣病予防健診申込書 FAX送信日：2020年 4月 13日

申込 医療機関 **医療法人社団三友会 あけぼの病院 健診部**

※電話予約後、10日以内にFAX送信をお願いします。

FAX 042-728-4034

事業所所在地 〒194 - 0001 町田市XX〇〇1-2-3
事業所名称 〇〇 株式会社
担当者名 あけぼの
電話番号 042-728-1111
FAX番号 042-728-〇〇〇〇

左記と連絡先が別の場合は、記入してください。
事業所名称 8桁の番号
担当者名
電話番号
FAX番号

健康保険 被保険者証 本人（被保険者） 00111
平成26年 6月25日交付

記号 **21700023** 番号 **21**

氏名 **キョウカイ 協会 太郎**
生年月日 平成 元年 5月 10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
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

印

健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日	希望する健診種類を○で囲んでください	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん	健診予定日	備考
01010016	キョウカイ 協会 太郎	男・女	S39.1.4	一般健診	子宮頸がん(単独)	付加健診	乳がん検診	2020年 8月17日	ABC追加 GF くち
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮頸がん(単独)	付加健診	乳がん検診	年 月 日	
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮頸がん(単独)	付加健診	乳がん検診	年 月 日	
		男・女	S・H 年 月 日	一般健診	子宮頸がん(単独)	付加健診	乳がん検診	年 月 日	