

【大阪府済生会中津病院 総合健診センター】  
FAX番号:06-6372-0749

全国健康保険協会

被保険者(ご本人用)

生活習慣病予防健診申込書

○太枠内の該当項目をすべてご記入下さい。

①健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	②健康保険被保険者証の 記 号

(記入不要)	③番号	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日	希望する健診の 種類のいずれかを ○で囲んでください		一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			健診を受ける日	備 考 ※任意継続の方は、資格喪失予定年月日をご記入下さい
					一般 健 診	子宮頸がん 検診(単 独)	付 加 健 診	乳がん 検 診	子宮頸 がん検診		
			男・女	昭和 平成 年 月 日	一 般 健 診	子 宮 頸 が ん 検 診 ( 単 独 )	付 加 健 診	乳 が ん 検 診	子 宮 頸 が ん 検 診	令和 年 月 日	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	一 般 健 診	子 宮 頸 が ん 検 診 ( 単 独 )	付 加 健 診	乳 が ん 検 診	子 宮 頸 が ん 検 診	令和 年 月 日	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	一 般 健 診	子 宮 頸 が ん 検 診 ( 単 独 )	付 加 健 診	乳 が ん 検 診	子 宮 頸 が ん 検 診	令和 年 月 日	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	一 般 健 診	子 宮 頸 が ん 検 診 ( 単 独 )	付 加 健 診	乳 が ん 検 診	子 宮 頸 が ん 検 診	令和 年 月 日	
			男・女	昭和 平成 年 月 日	一 般 健 診	子 宮 頸 が ん 検 診 ( 単 独 )	付 加 健 診	乳 が ん 検 診	子 宮 頸 が ん 検 診	令和 年 月 日	

※対象年齢の方のみ○で囲んで下さい。↑

健康保険 本人(被保険者) 被保険者証	00123 令和○年×月×日交付
②記号 12345678	③番号 12345
氏名 ケンコウ ハナコ 健康 花子	
生年月日 昭和○年 ×月 ○日	
性別 女	
資格取得年月日 令和○年×月×日	
事業所名称 ④ 株式会社 △△□	
保険者番号 ① 01270016	
被検者名称 全国健康保険協会 大阪支部	
保険者所在地 大阪市西区鞠本町1-11-7	

費用補助の対象となる条件

一般健診	35～74歳の方
子宮頸がん検診(単独)	20～38歳の偶数年齢の女性の方
付加検診	一般健診を受診する40歳・50歳の方
乳がん検診	一般健診を受診する40～74歳の偶数年齢の女性の方
子宮頸がん検診	一般健診を受診する36～74歳の偶数年齢の女性の方

※上記年齢の詳細については、全国健康保険協会ホームページにてご確認ください。

(注意事項)

- ・年齢等の条件(左記参照)にあてはまらない方は、費用補助はありません。
- ・補助対象外の方は、全額自費となります。予めご了承下さい。
- ・年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

(お問い合わせ先)

電話:06-6372-0750

受付時間 月～土曜日 13:00～16:00(第2・4土曜・日曜・祝祭日除く)

◎この用紙は、大阪府済生会中津病院専用申込用紙です。

○下記の事業所名、郵送物の送付先に☑を入れ、連絡先をご記入下さい。

送付先	④ 事業所名称 ※必ずご記入下さい。	〒 -
	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 -
	電話番号: ( )	
	<input type="checkbox"/> 事業所	〒 -
	電話番号: ( )	ご担当者名: