

専用申込書

予約受付期間:令和6年11月18日(月)~令和7年1月31日(金)

健診実施期間:令和6年11月25日(月)~令和7年2月28日(金)

補助対象者専用(被保険者)
35歳以上及び
20~34歳女性(子宮頸がん検査)

必要事項を記入し、FAXにてお申し込み下さい。内容確認後、日程の調整を行います。ご予約の確定には、申込日より10日前後を目処にFAXにて返信いたします。(※返信FAXは、下記送付先のFAX番号宛に送信します。)なお、予約受付期間外の受付は、承っておりません。

○下記太枠内をご記入下さい。郵送物の送付先に☑を入れ、連絡先をご記入下さい。

送付先	① 事業所名称 ※必ずご記入下さい。	〒 _____ 番地 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		ご担当者名:(_____)
	<input type="checkbox"/> 事業所	電話番号: (_____)	※FAX番号: (_____)	
	メールアドレス: _____ @ _____ . _____			
	<input type="checkbox"/> 自宅	電話番号: (_____)	※FAX番号: (_____)	
	メールアドレス: _____ @ _____ . _____			


記入漏れがあった場合、ご予約がお取りできません。ご注意ください!!

◎事業所ご担当者の方へ◎
各個人宅への郵送をご希望の場合は、下記に☑をし、備考欄に住所をご記入下さい。
 各個人宅へ送付希望

(注意事項)
・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。
・子宮頸がん検査(単独)と健康診断は別日(土曜日のみ)でのご予約となります。別途、補助対象外用申込書をご利用下さい。

健康保険被保険者証
本人(被保険者) 令和0年0月0日交付 00000
記号 ③ 00000000 番号 ④ 00
氏名 キウカ 太郎 協会 太郎
生年月日 平成0年0月00日
性別 男
資格取得年月日 令和0年0月00日
事業所名称 ① ○ 株式会社
保険者番号 ② 0:0:0:0:0:0:0:0
保険者名称 全国健康保険組合 ○○支部
保険者所在地 ○○区○○番地

見本



印

② 保険者証の保険者番号	0	1								③ 保険者証の記号					申込日	20	年	月	日
(記入不要) ④ 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 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	一般健診と伏せて受診する 場合は○で囲んでください	希望月	希望曜日	病院使用欄 【予約決定日時】	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										
		男・女	昭・平	一般健診	子宮がん(単独)	乳がん	子宮がん	月 日 時 分											
		男・女	昭・平	一般健診	子宮がん(単独)	乳がん	子宮がん	月 日 時 分											
		男・女	昭・平	一般健診	子宮がん(単独)	乳がん	子宮がん	月 日 時 分											
		男・女	昭・平	一般健診	子宮がん(単独)	乳がん	子宮がん	月 日 時 分											
		男・女	昭・平	一般健診	子宮がん(単独)	乳がん	子宮がん	月 日 時 分											
		男・女	昭・平	一般健診	子宮がん(単独)	乳がん	子宮がん	月 日 時 分											

専用申込書

予約受付期間:令和6年11月18日(月)~令和7年1月31日(金)

健診実施期間:令和6年11月25日(月)~令和7年2月28日(金)

補助対象者専用(被保険者)
35歳以上及び
20~34歳女性(子宮頸がん検査)

○下記太枠内をご記入下さい。

2枚目以降ご使用下さい。

① 事業所名称 ※必ずご記入下さい。		② 保険者証の 保険者番号		③ 保険者証の 記号		申込日		20 年 月 日			
(記入不要) ④ 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		一般健診と伏せて受診する 場合は○で囲んでください		希望月	希望曜日	病院使用欄 【予約決定日時】	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 がん (単独)	乳 がん	子宮 がん	第1 第2	第1 第2	月 日 時 分	
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							
		男・女	昭・平 年 月 日	○							

(お問い合わせ先)
電話:06-6372-0750 受付時間 平日 13:00~16:00

※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。

病院使用欄は記入しないで下さい

◎この用紙は、大阪府済生会中津病院専用申込用紙です。