

健康診断申込書

事業所所在地 〒	TEL
事業所名	様

健康保険証の 保 険 者 番 号	健康保険証の記号	性 別	生 年 月 日	希望する健診の種類を○で囲んでください(定期健診はコース番号を記入ください)					健診と併せて受診する場合は○で囲んでください		健診希望日	オプション	備考
健康保険証の番号	フリガナ氏名	男 女	年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		男	昭 年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		女	平 年 月 日	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース						
		男	昭 年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		女	平 年 月 日	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース						
		男	昭 年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		女	平 年 月 日	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース						
		男	昭 年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		女	平 年 月 日	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース						
		男	昭 年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		女	平 年 月 日	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース						
		男	昭 年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		女	平 年 月 日	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース						
		男	昭 年 月 日	人間ドック	一般健診	節目健診	定期	その他	乳がん検診	子宮頸がん検診	令和 年 月 日 AM・PM		
		女	平 年 月 日	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	胃透視・胃カメラ	コース						

※一般健診とは、全国健康保険協会の被保険者本人で今年度35～74歳になられる方が受診できる、
 全国健康保険協会管掌の生活習慣病予防健診です。
 ※今年度で75歳を迎える方は、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。
 ※氏名の変更があった方は備考欄に旧姓をご記入ください。

〒849-8522 佐賀市兵庫南3丁目8-1
 独立行政法人地域医療機能推進機構
 佐賀中部病院 健康管理センター
 TEL0952-37-0580 FAX0952-28-5322