

FAX送信用 全国保険協会生活習慣病予防健診申込書

電話予約後に、太枠内に記入及び確認のうえ東松山医師会病院健診センターまで FAX(0493-22-5322)をお送りください。協会けんぽへの申し込みは不要です。年度内お1人様1回に限り、利用できます。

保険者番号	健康保険者証の記号
-------	-----------

対象=補助対象
空白=追加検診として可

〒	
住 所	
企 業 名	
ご担当者	
T E L	
F A X	

昨年度実績で記載してあります。訂正がある場合は修正をお願いします。

希望する項目に○をつけてください。

No	保険証 番号	フリガナ	氏名	性別	生年月日	一般	付加	乳がん	子宮	簡易 脳ドック	健診を 受ける日	前年度 受診日	備考
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		
											年 月 日		

- ①「健診を受ける日」欄は、東松山医師会病院健診センター(TEL:0493-25-0232)にて受診日を予約後、記入してください。
- ②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ください。
- ③付加健診、乳がん検診、子宮頸がん検診、簡易脳ドックは事前予約制です。
- ④昨年度の受診情報を元に作成しております。