

# 令和8年度 全国健康保険協会 生活習慣病予防健診

申込み用紙【生活習慣病予防健診】

※20, 25, 30歳、35歳以上(35歳～74歳)協会けんぽ本人(被保険者)用 年齢起算日2027年4月1日

事業所名 \_\_\_\_\_ (TEL) \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_

保険者番号(01から始まる支部番号)【 \_\_\_\_\_ 】 被保険者証記号【 \_\_\_\_\_ 】 ご担当者様 \_\_\_\_\_

※人間ドック健診をご希望の場合、申込み用紙【人間ドック健診】をご利用ください

※全国健康保険協会(協会けんぽ)の胃検査は、40歳以上の方は必須項目です。必ずご受診ください。

自己都合によるキャンセル(身体的理由など以外)は健診の補助対象外となります。

また、20歳・25歳・30歳の場合、胃検査・便検査は健診内容に含まれません。ご希望の場合、オプションとなります。

※節目健診・婦人科・骨粗鬆症検診について、対象年齢の場合のみ補助適用となります。

※その他追加検査のご希望がございましたら、お電話にてご連絡ください。(子宮頸がん検診単独の場合、追加検査不可となります)

医療法人社団清和会 笹生病院 健診センター  
 電話(0798)34-0807  
 (平日)8:30～16:30 (土曜)8:30～11:30  
 FAX (0798)34-0854

受診ご希望日		フリガナ お名前	性別	生年月日		健診コース	胃検査	【追加検診】婦人科・骨粗鬆症検診 <small>※対象年齢は別紙でご確認ください</small>
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input type="checkbox"/> 一般健診(若年) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳房X線検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
〒 _____ ご住所(自宅)						ご連絡先 _____		被保険者証番号 _____
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input type="checkbox"/> 一般健診(若年) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳房X線検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
〒 _____ ご住所(自宅)						ご連絡先 _____		被保険者証番号 _____

右記いずれかの方法でご返信ください

FAX送信先 (笹生病院健診センター) ⇒ 0798-34-0854

メール送信先 (笹生病院健診センター) ⇒ hcc@saso.or.jp



記入欄が足りない場合は、大変お手数ですが、コピーしてご利用ください。

受診ご希望日		フリガナ お名前	性別	生年月日		健診コース	胃検査	【追加検診】婦人科・骨粗鬆症検診 ※対象年齢は別紙でご確認ください
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input type="checkbox"/> 一般健診(若年) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳房X線検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input type="checkbox"/> 一般健診(若年) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳房X線検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input type="checkbox"/> 一般健診(若年) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳房X線検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								
第1希望	第2希望		男・女	昭和・平成	年	<input type="checkbox"/> 一般健診(若年) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独)	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳房X線検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 希望なし
				月	日			
ご住所(自宅)						ご連絡先		被保険者証番号
〒								

右記いずれかの方法でご返信ください

FAX送信先 ⇒ 0798-34-0854  
(笹生病院健診センター)

メール送信先 ⇒ hcc@saso.or.jp  
(笹生病院健診センター)

