

【阪南専用】2026年度 協会けんぽ受診申込書（FAX：072-471-3317）

受診案内送付先	本社 ・ 事業所 ・ 個人住所
健診結果送付先	本社 ・ 事業所 ・ 個人住所
健診費用	必要(本社名) ・ 必要(事業所名) ・ 不要
オプション費用	必要(本社名) ・ 必要(事業所名) ・ 不要

折り返しの 連絡先		担当者名	
FAX番号			

本 社	フリガナ		
	本社名		
	所在地		
事 業 所	フリガナ		
	事業所名		
	所在地		
保険者 番号		保険証 記号	

No.	個人情報（すべて記入してください）				コース	胃検査	オプション	その他			
1	氏名		性別	男 ・ 女	人間ドック 一般健診 節目健診 子宮がん単独 20～38歳数年齢	バリウム 検査 胃カメラ (経鼻) 胃カメラ (経口) 胃カメラ (経口+鎮静剤)	子宮がん 検査 マンモ グラフィ 骨密度 検査	希 望 日			
			区分	本人 ・ 家族							
	生年 月日	年 月 日	保険証 番号							備 考	
			TEL								
住所	〒										
2	氏名		性別	男 ・ 女	人間ドック 一般健診 節目健診 子宮がん単独 20～38歳数年齢	バリウム 検査 胃カメラ (経鼻) 胃カメラ (経口) 胃カメラ (経口+鎮静剤)	子宮がん 検査 マンモ グラフィ 骨密度 検査	希 望 日			
			区分	本人 ・ 家族							
	生年 月日	年 月 日	保険証 番号							備 考	
			TEL								
住所	〒										
3	氏名		性別	男 ・ 女	人間ドック 一般健診 節目健診 子宮がん単独 20～38歳数年齢	バリウム 検査 胃カメラ (経鼻) 胃カメラ (経口) 胃カメラ (経口+鎮静剤)	子宮がん 検査 マンモ グラフィ 骨密度 検査	希 望 日			
			区分	本人 ・ 家族							
	生年 月日	年 月 日	保険証 番号							備 考	
			TEL								
住所	〒										
4	氏名		性別	男 ・ 女	人間ドック 一般健診 節目健診 子宮がん単独 20～38歳数年齢	バリウム 検査 胃カメラ (経鼻) 胃カメラ (経口) 胃カメラ (経口+鎮静剤)	子宮がん 検査 マンモ グラフィ 骨密度 検査	希 望 日			
			区分	本人 ・ 家族							
	生年 月日	年 月 日	保険証 番号							備 考	
			TEL								
住所	〒										

2026年度全国健康保険協会受診申込書

FAX：072-471-3317

問診票、検査キット (採尿容器など)	本社・ 事業所 ・ 個人住所
健診結果	本社・ 事業所 ・ 個人住所
請求（健診費用）	当日払い（会社名領収書 本社・事業所・不要）
請求（オプション費用）	当日払い（会社名領収書 本社・事業所・不要）

本 社	フリガナ		事 業 所	フリガナ	
	本社			事業所名称	
	所在地	〒		所在地	〒

保険者番号		記号			
ご担当者名		電話番号		FAX番号	

※希望日時は複数ご記載ください。

No	番号	区分	氏名	フリガナ	生年月日	性別	郵便番号	自宅住所	電話番号	コース	胃検査	オプション	希望日	備考
例	51	本人	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	S50年 1月 1日	女	599-0201	〇〇 〇〇	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇	一般健診	経口＋鎮静剤	マンモグラフィ	〇月〇日、〇日	
1					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
2					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
3					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
4					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
5					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
6					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
7					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
8					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
9					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		
10					年 月 日							子宮がん検査 マンモグラフィ 骨粗鬆症検査		