

# 全国健康保険協会管掌 生活習慣病予防健診 申込書

【ページ：1】

会社名		TEL	
担当者		FAX	
事業所所在地	〒 -		

下記にご記入いただいた方は、一般健診のお申込みとなります

付加健診、乳がん検診、子宮頸がん検診、肝炎検査をご希望の方は、対象年齢であることを  
ご確認の上、備考欄にてお申込み下さい

健康保険日保険者証の 保険者番号		健康保険日保険者証の記号				健診機関名									
※健康保険証番号が8桁に満たない場合 先頭に0をつけて下さい		※健康保険証の記号(8桁) ※右づめでご記入ください				花の丘病院 Animo									
						2	4	1	0	7	0	5	6	2	4
健康保険証 の番号	ふりがな 氏名	性別		生年月日	受診日	備考									
1		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
2		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
3		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
4		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
5		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
6		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
7		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
8		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
9		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										
10		男	女	年 月 日	令和 年 月 日										

**送付先**

花の丘病院 アニモ

**FAX**

0598-60-2003

〒515-0052 松阪市山室町707-3

TEL 0598-60-2002