

全国健康保険協会管掌 健康保険 **生活習慣病予防健診申込書(記入例)**

下記のとおり生活習慣病予防健診を申し込みます。

令和××年××月××日

(裏面注2) 大村病院 健診センター行 (FAX:047-377-3232)

健診における保険者の費用負担は、本年度において受診者1人1回に限ります。

健康保険被保険者証の 保険者番号	健康保険被保険者証の 記号
---------------------	------------------

(裏面注3)

(裏面注4)

加入者
(ご本人用)

(裏面注5)

(事業所所在地) 〒260-xxxx
千葉市中央区弁天
(事業所名称) 株式会社
(事業主氏名) 健康 一郎

担当者名
電話番号 043 (xxx) xxxxx
FAX番号 043 (xxx) xxxxx

(裏面注7)

(裏面注6)

健康保険証に記載されている所在地名称をご記入ください。

左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は下記に連絡先を記入してください。
所在地

支店名
(営業所名)

担当者名
電話番号 ()
FAX番号 ()

事例	健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類 いずれかを で囲んでください		一般健診と併せて受診する 場合は で囲んでください			健診予約年月日	健診機関名 (健診機関コード)	前回受診 年月	備考
					一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診				
一般健診希望の例	1	ケンコウ イチロウ 健康 一郎	男 女	昭 平 令 昭和28年6月10日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	令和04年7月3日	1 2 1 x x x x x x x	有・無	
付加健診希望の例	3	ケンコウ ジロウ 健康 次郎	男 女	昭 平 令 昭和35年9月9日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	令和04年8月8日	1 2 1 x x x x x x x	有・無	
一般健診及び乳がん・ 子宮がん検診希望の 例	5	ケンコウ カズコ 健康 和子	男 女	昭 平 令 昭和43年12月31日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	令和04年10月15日	1 2 1 x x x x x x x	有・無	
20・30歳代子宮がん検 診希望の例	7	ケンコウ ハナコ 健康 花子	男 女	昭 平 令 平成3年3月5日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	令和04年12月22日	1 2 1 x x x x x x x	有・無	
			男 女	昭 平 令 年月日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年月日	1 2 1 x x x x x x x	有・無	「健診実施場所 ならびに日程」を 参照し会場名を 記入して下さい
			男 女	昭 平 令 年月日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年月日	xxxxx x x x x x x x x x x	有・無	希望の健診機関 の所在地の県名 を記入して下さい
			男 女	昭 平 令 年月日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年月日	1 2 1 x x x x x x x	有・無	
			男 女	昭 平 令 年月日	一般健診	子宮がん検診 (単独)	付加健診	乳がん 検診	子宮がん 検診	年月日		有・無	(裏面注9)

健診を申し込まれた方は受診日前に「健診予約年月日」をもう一度確認して受診されるようお願いいたします。

< 記入上の注意 >

- 健診の受診年度において36歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮がん検診」をそれぞれ で囲んでください。また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮がん検診のみを希望される場合は、「子宮がん検診(単独)」を で囲んでください。
- 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮がん検診」をそれぞれ囲んでください。
- 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ で囲んでください。
- 健診予約年月日欄は、受診を希望する健診機関とあらかじめ日程を調整したうえで、健診を受診される日を必ず記入してください。記入されていない場合、健診を受けられないことがありますのでご注意ください。
- 健診機関名は、上記(4)により日程調整した健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関(表)を参照し記入してください。
- 前回受診年月欄は、本年度の受診の有無について、有の場合は有を で囲み前回の受診年月を記入し、無の場合は無を で囲んでください。なお、年度中1回の受診に限り国の費用負担があります。
- 巡回検診車の希望の有無欄は、事業所単位で記入してください。

(注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日まで健診を受診することができます。

(注) この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施するときに限り使われます。

(裏面注10) 検診車を希望する場合の例

巡回検診車の 希望の有無	有・無
-----------------	-----

受付印

(注1) (事業所所在地) (事業所名称) (事業主氏名) 欄

年金事務所(社会保険事務所)に届出した「事業所所在地」、「事業所名称」、「事業主氏名」を記入して下さい。届出されていない「支店名」や「通称名」等は記入しないで下さい。
なお、任意継続被保険者の方が申込みされるときは、任意継続被保険者用の申込書をご使用下さい。

(注2) 「健康保険被保険者証の保険者番号」欄

お手元の「健康保険被保険者証」の下から3段目、「保険者番号」欄の8桁の数字を記入して下さい。

(例) 全国健康保険協会千葉支部 01120013

(注3) 「健康保険被保険者証の記号」欄

「健康保険被保険者証」の氏名欄の上部、「記号」欄の7桁または8桁の数字を記入して下さい。

(注4) 「健康保険証の番号」欄

「健康保険被保険者証」の記号欄の右側、「番号」欄の数字を記入して下さい。

(注5) 「希望する健診の種類」欄

この健診は、健診の種類毎に受診できる方の年齢などの条件が定められています。詳しくは「生活習慣病予防健診のご案内」に掲載されている「生活習慣病予防健診対象者年齢一覧表」をご覧ください。
なお、定められた健診以外に追加の検査をご希望のときは、まず、該当する健診について、この申込書でお申込み下さい。
追加したい検査については、追加検査を希望する旨、電話等で健診機関に直接ご連絡下さい。追加分の検査費用については、全額受診者負担となります。

(注6) 「健診予約年月日」欄

受診を希望する健診機関と日程等をあらかじめ予約していただき、その年月日を記入して下さい。記入されていない場合、健診を受けられないことがあります。

(注7) 「健診機関名」欄

受診を希望する健診機関名を記入していただきますが、この健診を実施できる医療機関は、保険者と健診の実施について契約をした医療機関に限られています。
千葉県内で健診を実施できる医療機関(健診機関)名と健診機関コード(10桁)は、「生活習慣病予防健診のご案内」に掲載されている「千葉県内生活習慣病予防健診実施医療機関一覧」を参照しご記入下さい。
健診機関コード(10桁)の記入誤りにご注意ください。

(注8) 「前回受診年月」欄

この健診は、健診費用の一部を国が負担しているために、受診出来るのは1年度(4月から3月の間)につき1回限りとなります。この欄には、今年度内にこの健診を受診したことがあるかどうかを記載していただくものです。今年度内において、すでにこの健診を受けたことがある方は、「有」を で囲み、受診した「年月」を記入して下さい。今年度としては、初めてこの健診の申込みをするときは、「無」を で囲み「年月」は記入しないで下さい。なお、今年度内において、この健診を1回受診されたことがある方については、2回目以降は全額自己負担となります。

(注9) 「備考」欄

検診車にて健診を申し込まれる方は、全国健康保険協会(協会けんぽ)のホームページ<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>を参照し、会場名を記入して下さい。また、千葉県以外の健診機関において健診を希望される方は、希望する健診機関の所在地の県名を記入して下さい。

(注10) 「巡回検診車の希望の有無」欄

巡回検診車の希望の有無は、事業所単位でご記入下さい。