

## 全国健康保険協会 [協会けんぽ]

ベルクリニック専用 生活習慣病予防健診申込書

2023年度 受診申込書

ベルクリニック返信専用FAX  
072-600-0130FAX到着順に折り返しの電話を致します  
混雑時にお日にち頂く場合がございます

◆ 折り返しの連絡先 ◆

勤務先 or 携帯番号 ( )

フリガナ	
④ 本社名	
所在地	〒
TEL	
担当者名	

フリガナ	
事業所名	
所在地	〒
TEL	
担当者名	

※こちらは見本です ご自身の保険証をご確認の上、ご記入下さい

※受診日までに下記に該当する場合は、必ずご連絡ください

- ・保険証の記号・番号の変更
- ・加入健保や事業所の変更
- ・退職などでキャンセルとなる場合

※空欄に必要事項を記入、ご希望の健診項目に○をつけてください

① 保険者番号	② 記号

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00123
② 記号 12345678	③ 番号 9	令和 元年 2月 3日交付
氏名	ベルクリ 花子	
生年月日	平成 元年 2月 3日	
性別	男	
資格取得年月日	令和 元年 1月 22日	
④ 事業所名称	株式会社〇〇〇〇	
① 保険者番号	99999999	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3	

見見見  
本本本  
見見見  
本本本

③ 番号	フリガナ		性別	生年月日	区分	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				胃カメラ	健診希望日	備考
	氏名	フリガナ					20~38歳 健診 子宮頸がん 検診(単独)	40・50 歳 付加健診	マンモ グラフィ	子宮頸がん			
1			男		本人								
			女		家族								
2			男		本人								
			女		家族								
3			男		本人								
			女		家族								
4			男		本人								
			女		家族								
5			男		本人								
			女		家族								
6			男		本人								
			女		家族								
7			男		本人								
			女		家族								
8			男		本人								
			女		家族								