

2026年度 全国健康保険協会生活習慣病予防健診仮申込書(東船橋病院専用) 送信先FAX 047-496-6360

【注意事項】※必ずお読みください!! (被扶養者の方はこの用紙ではお申込できません)

- ◆1名様…1週間経過してもFAXの送信がない場合は、仮予約が取り消しになります。
- ◆2名様以上…仮予約はお受け出来ませんので、第3希望まで明記し、お早めのFAXをお願い致します。
- ◆FAX確認後、日程決定のFAXを返信致します。1週間以内に返信が届かない場合は、必ずお問合せ下さい。

《対象条件》

- 骨塩: 40~74歳の偶数 女性のみ
- 腰・大腿骨に金属が入っている方は不可
- 喀痰: 50以上・喫煙指数600本以上
(喫煙指数1日の本数×年数)

必須	<input type="checkbox"/> 全額窓口支払	<input type="checkbox"/> 会社請求あり(下記にチェック)
	お支払方法に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします	※一旦、立て替えてご自分で会社へ 求される方はこちらです。
◆ 尚、 <input checked="" type="checkbox"/> の無い場合は全額窓口支払で対応させていただきます。ご了承下さい。		
事業所情報	フリガナ名称 ※保険者番号・保険証記号番号必須 住所 〒 保険者番号 保険証記号	ご担当者 TEL FAX 様 左記書類送付先が別の場合の記入欄 <input type="checkbox"/> 事前書類のみ <input type="checkbox"/> 事前書類と結果 様 お名前 様

※年齢対象外の場合は補助ができませんので、ご注意下さい。※ご希望の健診項目に○をつけ、第3希望まで日程のご記入をお願い致します。

保険証番号	フリガナ	性別	生年月日	一般健診	節目健診	マンモグラフィ	子宮がん	骨密度	喀痰	希望①	希望②	希望③	ご希望に○	決定	備考
		男女	昭・平 年 月 日 年度年齢 歳	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	/	/	/	胃バリウム・胃カメラ 胃の検査キャンセル ()	/	
		男女	昭・平 年 月 日 年度年齢 歳	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	/	/	/	胃バリウム・胃カメラ 胃の検査キャンセル ()	/	
		男女	昭・平 年 月 日 年度年齢 歳	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	/	/	/	胃バリウム・胃カメラ 胃の検査キャンセル ()	/	
		男女	昭・平 年 月 日 年度年齢 歳	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	/	/	/	胃バリウム・胃カメラ 胃の検査キャンセル ()	/	
		男女	昭・平 年 月 日 年度年齢 歳	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <small>※対象条件 上記参照</small>	/	/	/	胃バリウム・胃カメラ 胃の検査キャンセル ()	/	