

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧 令和〇年度

870-0844  
大分市 古国府 6丁目1番30号

おおいた健康管理センター

様

対象者一覧のみをFAXでお送りいただく場合は  
ご担当者名と電話番号を空いている  
スペースにご記入して下さい。

必ず受診されるコース・項目に〇をして  
下さい。

◎例年、生活習慣病予防健診の対象となる方がいる事業所様へ、当協会へのご提出いただくための生活習慣病予防健診申込書をお送りしていましたが、令和2年度より、当協会へのお申込み手続きは不要となりました。

◎この一覧は、申込書に代えて、生活習慣病予防健診の対象となる方をお知らせするためのものです。令和3年1月時点で当協会に加入している方が印字されています。

◎年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

保険者番号	健康保険証の記号
01440015	44 12345678

健康保険証の番号	フリガナ		性別	生年月日	受診可否		併せて受診可否			備考
	氏名	名			単独	併せて	併せて	併せて	併せて	
1	ケンシ	知	男	昭32年1月1日	〇	*****	**	*****	*****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
2	ケンシ	知	男	昭56年5月20日	〇	*****	付加	*****	*****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
5	オオ	大分	女	昭52年8月3日	〇	*****	**	乳がん	子宮頸がん	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
7	ケン	健	女	平9年11月4日	**	子宮頸がん	**	検診	検診	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
					**	検診	**			健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
					**	(道独)	**			健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
										健診機関名: 健診予定日: 年 月 日

こちらには健診の希望日をご記入して下さい。  
オプション等の追加があれば併せて  
ご記入をお願いします。