

## 任意継続被保険者用(記入例)

### 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

下記のとおり生活習慣病予防健診を申し込みます。

平成××年××月××日

全国健康保険協会 千葉 支部長殿

(裏面注2)

(裏面注1)

〒260-0000	(住所)	千葉市中央区富士見0-00-00
	(フリガナ)	ケンコウ タロウ
	(氏名)	健康 太郎
	(電話番号)	000 (000 局) 0000 番

(裏面注6)

(裏面注7)

(裏面注8)

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
01120013	50000012

(裏面注3)

(裏面注4)

(裏面注5)

○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。

受付番号 (記入不要)	健康保険証の 番号	フリガナ		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			健診を受ける日	健診機関名 (健診機関コード)	備考			
		氏名	健康太郎			一般健診	子宮頸がん 検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸 がん 検診				1	2	1
記入しないで下さい	000000	ケンコウ タロウ	健康 太郎	男 ・ 女	昭 ・ 平 ××年××月××日	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	〇〇年〇〇月〇〇日	△△△△△△			

※この健診申込書は全国健康保険協会千葉支部(〒260-8645 千葉市中央区富士見2-20-1 日本生命千葉ビル9階)へ郵送してください。

巡回検診車の 希望の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
-----------------	---------------------------------------

※この健診申込書を上記協会へ郵送される前にコピーを1部作成し、ご本人様の控えとしてください。

※健康保険証に記載されている資格喪失予定年月日を必ず記入してください。

※受診券は発行されません。受診する健診機関から直接問診票等が届きます。

(裏面注9)

(裏面注10)

資格喪失予定年月日
平成 年 月 日

※受診時に健康保険資格を喪失している場合、補助が受けられませんので、ご予約の際にはご注意ください。

### <ご注意ください>

- 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で、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んで下さい。  
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で、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(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で、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」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歳になられる方で、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。
- 健診を受ける日欄は、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を参照し記入してください。
- 巡回検診車の希望の有無欄は、健診会場において検診車による健診を希望する場合は「有」に、健診機関内で健診を希望される場合は「無」にそれぞれ○で囲んでください。

(注) 今年度中に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。



**(注1)「住所」(氏名)(電話番号)欄**

生活習慣病予防健診を申込される方のお名前、ご住所、電話番号をご記入下さい。健診申込について確認の為、ご連絡させていただくことがあります。

**(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「保険者番号・名称」欄の数字を記入して下さい。千葉県内にお住まいの方については、次の番号です。

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「記号」欄に記載されている8桁の数字を記入して下さい。

**(注4)「健康保険被保険者証の番号」欄**

「健康保険被保険者証」の「番号」欄に記載されている「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」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)「健診を受ける日」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」(健診機関コード)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機関は、協会けんぽと健診の実施について契約をした機関に限られています。  
千葉県内で健診を実施できる機関(健診機関)名と健診機関コード(10桁)は、「健診のご案内」の健診実施機関一覧を参照しご記入下さい。

**(注8)「備考」欄**

検診車にて健診を申し込まれる方は、「検診車巡回予定表」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9)「巡回検診車の希望の有無」欄**

公共施設において検診車による健診を希望される場合は「有」を○で囲み、健診機関内での健診を希望される場合は「無」を○で囲んで下さい。

**(注10)「資格喪失予定年月日」欄**

健康保険証に記載されている資格喪失予定年月日を必ず記入してください。