

令和2年度

## 『協会けんぽ生活習慣病予防健診』 予約申込みについて

平素より当センターをご利用いただきまして、誠にありがとうございます。  
令和2年度 協会けんぽ生活習慣病予防健診を当センターにて、受診希望される場合は  
下記の手順でお申込みください。

なお、令和2年4月1日受診分より、協会けんぽへの申込みは不要となり、  
健診実施機関に対してのみ、予約申込みを行うこととなります。

### ◆ 当センターで健診日の予約をする。

(協会けんぽから『生活習慣病予防健診対象者一覧』が届いたら受付を開始します。)

#### 1. 生活習慣病予防健診対象者一覧に以下をご記入ください。

- ① 受診を希望する項目に○をしてください。
- ② 「備考」欄に「健診機関名」と「健診予定日」をご記入ください。
  - ・健診機関名に「広島健康管理・増進センター」と記入のある方のみ、予約受付いたします。
  - ・10日以内の予約はできません。
  - ・希望日(日程)は複数ご記入いただいて結構です。
  - ・希望日がない方は、空白でご提出ください。こちらで日程を決めさせていただきます。
- ③ 電話番号・FAX番号・担当者名をご記入ください。

#### 2. 記入した対象者一覧を当センターにFAXしてください。

お申込は、事業所ごとにまとめて、必ずご担当者様がFAXしてください。

FAX : 082 - 542 - 9607

#### 3. 健診予約日を決定し、FAXにて返信いたします。

健診予約日決定までに1週間前後かかります。  
希望日が定員に達している場合は、こちらで日程を決めさせていただきます。

以上、ご協力をお願いいたします。

## 全国健康保険協会管掌保険生活習慣病予防健診対象者一覧

〒730-0000  
 広島市中区千田町〇丁目〇番〇号  
 △△△ビル 4階

担当者名： 広島 花子  
 電話番号： 082 ( 123 ) 4567  
 FAX 番号： 082 ( 123 ) 4567

株式会社 ○○○○○ 様

③ 空欄にご記入ください。

令和2年度より、生活習慣病予防健診を受診するにあたり、当協会へのお申込みは必要ありません。健診機関にご予約の上、受診してください。

◎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。

健康保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	単独で受診できます	一般健診と併せて受診できます	備考
1340017	3401020302	← * II				
40001	ヒロシマ ハナコ 広島 花子	女	昭 45年 11月 20日	一般健診 ※※※	付加健診 乳がん検診 子宮頸がん検診	健診機関名：広島健康管理・増進センター 健診予定日：4/8、10、13希望
40002	ヒロシマ セイコ 広島 聖子	女	昭 44年 11月 20日	一般健診 ※※※	付加健診 乳がん検診 子宮頸がん検診	健診機関名：広島健康管理・増進センター 健診予定日：R2年4月8日
40003	ヒロシマ イチロウ 広島 一郎	男	昭 31年 11月 20日	一般健診 ※※※ 胃カメラ	付加健診 ※※※ ※※※ ※※※	健診機関名：広島健康管理・増進センター 健診予定日：R2年4月1日
40004	ヒロシマ コウジ 広島 浩二	男	昭 24年 11月 20日	一般健診 ※※※	付加健診 ※※※ ※※※ ※※※	健診機関名：広島健康管理・増進センター 健診予定日： 年 月 日
40005	ヒロシマ トモコ 広島 智子	女	昭 59年 11月 20日	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	健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
40006	ヒロシマ ユウコ 広島 花子	女	昭 55年 11月 20日	一般健診 ※※※	付加健診 乳がん検診 子宮頸がん検診	健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
40007		男・女	昭 年 月 日	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	健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
40008		男・女	昭 年 月 日	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	健診機関名： 健診予定日： 年 月 日

\* I

①

②

- ① 受診を希望する項目（健保補助がある項目が印字されています。）  
希望する項目に○を付けてください。 ※オプションで希望する項目を手書きでご記入ください。
  - ② 健診機関名、健診予定日  
・健診機関名に「広島健康管理・増進センター」とご記入ください。  
・健診予定日に希望日をご記入ください。希望日を複数ご記入いただいても構いません。  
なお、希望日がない場合は、空白でご提出ください。
  - ③ 担当者名、電話番号、FAX番号を空欄にご記入ください。
- \* I 健康保険証の番号をご記入ください。  
 \* II 保険者番号・健康保険証の記号をご記入ください。