

健康保険被保険者証

本人 被保険者 平成23年 1月 6日交付 00163

【見本】 記号 21700023 番号 21

氏名 協会 太郎 性別 男

生年月日 昭和 61年 10月 22日

資格取得年月日 平成 20年 10月 10日

事業所名称 〇〇 株式会社

保険者番号 010100011

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〇〇-〇-〇

印

① 記号 ② 番号

③ 保険者番号 ④ 保険者名称

協会けんぽ助成対象者の方は
健診受診資格確認の為、
予約時に健康保険被保険者証の
①～④の情報が必要となります。
記入もれのないよう
お願いいたします。

2025年度協会けんぽ雇用申込用紙(ハートライフ病院予防医学センター) 健診予約専用 FAX:098-895-6559

事業所情報		ご担当者名		健診コース		胃検査		婦人科項目		オプション追加		センター記入欄	
事業所名称	TEL	事業所住所	FAX	③ 保険者番号	④ 保険者名称 全国健康保険協会 支部	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日)	<input type="checkbox"/> 全額会社請求	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日)	<input type="checkbox"/> 全額会社請求	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日)	<input type="checkbox"/> 全額会社請求		
保険情報	上記と異なる場合にご記入下さい	請求先住所・名称	問診票送付先住所	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 乳癌エコー	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 協会子宮がん検診のみ		
希望日	フリガナ	性別	保険形態	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
被保険者証情報	① 記号 ② 番号	健康診断	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III		
1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
被保険者証情報	① 記号 ② 番号	健康診断	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III		
1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 2日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望なし		
被保険者証情報	① 記号 ② 番号	健康診断	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III	健康診断 I II III		

●胃カメラ検査実施について

- ・経口カメラで鎮静剤を使用した場合、終日バイク・車の運転はできません。
- ・経鼻カメラは右記の方の場合は受診ができません。(キシロカインアレルギー、抗凝固剤服用中、鼻骨折、術歴)

労働基準監督署定期健康診断結果報告書(第6号)届出用のデータ提供も対応可能です。必要時にご依頼下さい。

ハートライフ病院予防医学センター
Tel 0570-00-3255(月～土 9:00～15:00)