

2026年度協会けんぽ健康診断申込者名簿

下記項目をご記入ください

今までコース番号をご記入していただきましたが
別紙「生活習慣予防健診のご案内について」をお読み頂きご記入ください

ご希望のコース・オプションに○をつけてください

総合病院 南生協病院

健診・ドックセンター

電話(052)625-0489

FAX(052)625-0490

電話受付時間 月～金 10:00～16:30

土 10:00～11:30

健康保険 被保険者証	本人(本人のみ申し込み可)
記号	番号(*へ番号記入)
事業所 名称	
ご住所	
ご担当者	
電話番号	FAX番号
保険者番号	
保険者名称	全国健康保険協会

※③人間ドックの方は協会けんぽの補助利用のオプションは
追加出来ませんのでご了承ください

↓該当箇所へ○をして下さい↓

ID:	健診コース				胃の検査		婦人科検診								オプション検査・ 備考				
	① 一般健診	② 一般+ 節目健診	③ 人間ドック	④ 若年健診	①②③の 方 胃透視(バリウム) 胃カメラ		子宮頸がん検診		(乳がん検診 マンモ)		乳腺超音波		骨粗しょう症 検診						
問診:	けんぽ		名古屋 公費	自費	けんぽ		名古屋 公費	自費	けんぽ		名古屋 公費	自費	けんぽ		名古屋 公費	自費	結果:	支払:	
1	* 保険証番号	性別 男・女																	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	受診ご希望日・曜日など													
	ご新規の方・ 住所変更 ご連絡先	〒	tel.																
2	* 保険証番号	性別 男・女																	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	受診ご希望日・曜日など													
	ご新規の方・ 住所変更 ご連絡先	〒	tel.																
3	* 保険証番号	性別 男・女																	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	受診ご希望日・曜日など													
	ご新規の方・ 住所変更 ご連絡先	〒	tel.																
4	* 保険証番号	性別 男・女																	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	受診ご希望日・曜日など													
	ご新規の方・ 住所変更 ご連絡先	〒	tel.																

2026年度協会けんぽ 健康診断申込者名簿

ID:
問診:
結果:
支払:

No.	フリガナ		性別	健診コース				胃の検査		婦人科検診								オプション検査・備考	
	氏名			①	②	③	④	①②③の方		子宮頸がん検診		(乳がん検診 マンモ)		乳腺超音波	骨粗しょう症 検診				
	けんぽ	名古屋市 公費		自費	けんぽ	名古屋市 公費	自費	けんぽ	名古屋市 公費	自費	けんぽ	名古屋市 公費	自費	けんぽ	名古屋市 公費	自費			
1	* 保険証番号		男・女																
	生年月日		昭和・平成 年 月 日					受診ご希望日・曜日など											
	ご新規の方・住所変更・ご連絡先		〒 tel.																
2	* 保険証番号		男・女																
	生年月日		昭和・平成 年 月 日					受診ご希望日・曜日など											
	ご新規の方・住所変更・ご連絡先		〒 tel.																
3	* 保険証番号		男・女																
	生年月日		昭和・平成 年 月 日					受診ご希望日・曜日など											
	ご新規の方・住所変更・ご連絡先		〒 tel.																
4	* 保険証番号		男・女																
	生年月日		昭和・平成 年 月 日					受診ご希望日・曜日など											
	ご新規の方・住所変更・ご連絡先		〒 tel.																
5	* 保険証番号		男・女																
	生年月日		昭和・平成 年 月 日					受診ご希望日・曜日など											
	ご新規の方・住所変更・ご連絡先		〒 tel.																
6	* 保険証番号		男・女																
	生年月日		昭和・平成 年 月 日					受診ご希望日・曜日など											
	ご新規の方・住所変更・ご連絡先		〒 tel.																