

2026年度 協会けんぽ 受診申込書

阪南市民病院専用 FAX番号：072-471-3317

折り返しの 連絡先		担当者名		本 社	フリガナ		事 業 所	フリガナ	
					本社			事業所名	
			様		所在地	〒		所在地	〒
保険者番号						保険証記号			
受診案内送付先		本社 ・ 事業所 ・ 個人住所				結果表送付先		本社 ・ 事業所 ・ 個人住所	
健診費用領収書		必要（本社名） ・ 必要（事業所名） ・ 不要				オプション費用領収書		必要（本社名） ・ 必要（事業所名） ・ 不要	

No.	個人情報（すべて記入してください）						コース	胃カメラ	オプション	希望日時	備考
1	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名		人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名		一般健診	経口	マンモグラフィ		
					(〒) 住所		節目健診	経口＋鎮静剤	骨密度検査		
2	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名		人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名		一般健診	経口	マンモグラフィ		
					(〒) 住所		節目健診	経口＋鎮静剤	骨密度検査		
3	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名		人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名		一般健診	経口	マンモグラフィ		
					(〒) 住所		節目健診	経口＋鎮静剤	骨密度検査		
4	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名		人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名		一般健診	経口	マンモグラフィ		
					(〒) 住所		節目健診	経口＋鎮静剤	骨密度検査		

子宮がん単独（20～38偶数年齢）をご希望の方は備考欄などにご記載ください。