協会けんぽ検診はこちらの用紙、または協会けんぽより届く対象者一覧にてお申し込みください。
※対象者一覧は3月末頃に協会けんぽより郵送されます。

C

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧

事業所名：

担当者名：

生活習慣病予防健診を受診するにあたり、当協会へのお申し込みは不要です。 健診機関へご予約のうえ、受診してください。

◎例年、生活習慣病予防健診の対象となる方がいる事業所様へ、当協会へご提出いただくための生活習慣病予防健診申込書をお送りしておりましたが、令和２年度より、当協会へのお申込み手続きは不要となりました。
◎この一覧は、申込書に代えて、生活習慣病予防健診の対象となる方をお知らせするためのものです。令和3年1月時点で当協会に加入している方が印字されています。
◎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。

保険者番号	健康保険証の記号

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
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
									健診機関名: 健診予定日: 年 月 日