

◎下記事項にご記入の上、『生活習慣病予防健診申込書』(対象者名簿)と合わせて

FAX(0294-26-0323)または郵送にてご返送ください。

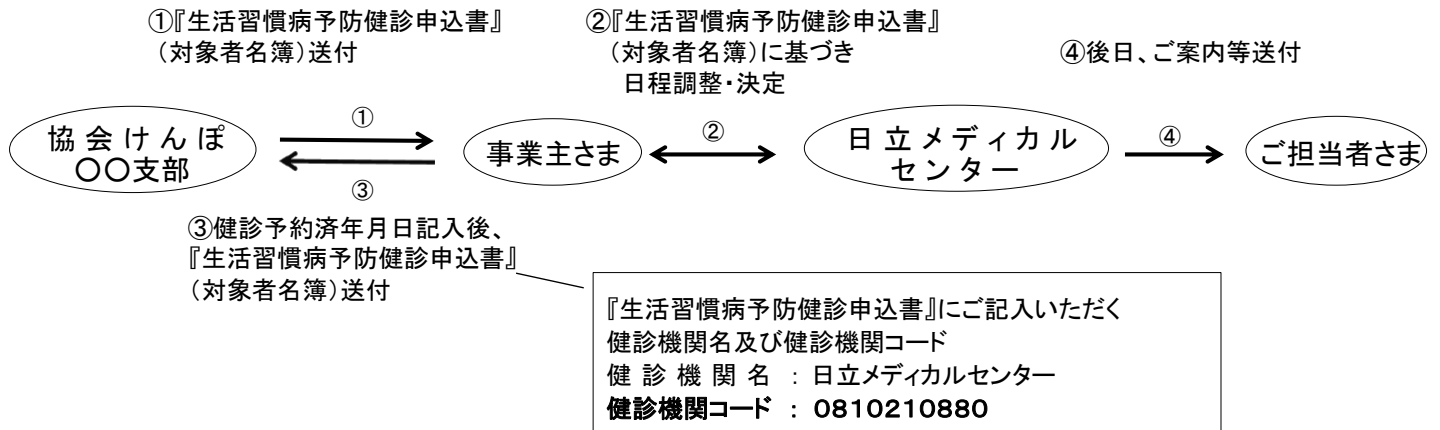
送付先・お問い合わせ

〒317-0073 茨城県日立市幸町1-17-1
TEL 0294-33-5911 FAX 0294-26-0323
(公財)日立メディカルセンター 健診課 行

※FAXをご利用の際は、番号をお間違えのないようお願いいたします。

貴事業所名			
貴事業所所在地 〒 _____ - _____			
貴健康診断担当者名 :		貴産業医師名 :	
TEL :	()	FAX :	()
Eメール :		@	

協会けんぽ 生活習慣病予防健診のお申込みから受診まで
～事業主さま・ご担当者さまへ～



◎人数・希望月をご記入ください。

生活習慣病予防健診の種類	対象者	人数	希望月
一般健診	35歳以上75歳未満の方	人	月
一般健診及び付加健診	40歳又は50歳の方	人	月
差額人間ドック	35歳以上75歳未満の方	人	月
※乳がん・子宮がん検診	40歳以上の偶数年齢の方	人	月
子宮がん検診(単独受診)	20歳以上38歳未満の偶数年齢の方	人	月

◎検診車による巡回健診をご希望される場合は、別途ご相談ください。

※一般健診とセットでの受診となります。(単独受診はできません。) また、どちらかのみ受診も可能です。

上記の健診をご希望の方は、協会健保加入が必須条件となりますのでご確認をお願いいたします。

<個人情報取り扱いについて>

ご記入いただきました個人情報については、法令等を遵守し正確かつ安全に取り扱います。