

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

令和5年度

ご担当者名: _____
 ご連絡先: _____

事業所住所 〒

TEL

事業所名

様

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。

◎生活習慣病予防健診対象者は、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。

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
					****	**	****	
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日
				一般健診	****	**	****	健診機関名: 健診予定日: 年 月 日

保険者番号	健康保険証の記号
1460013	46