

# 記入例

## 【生活習慣病予防健診受診予定者名簿】

生活習慣病予防健診受診予定者名簿 (追加検査を希望する方は必ず○をつけてください)

事業所		ご担当		〒125-8501 東京都三浦市健康センター												
事業所所在地		保険証番号	01060011	電話番号	FAX: 0235-25-2216											
		記号	1234 5678	FAX番号	E-mail: kenshin@tsuruoka-med.jp											
予約日	時間	保険証番号	氏名/カナ	性別	生年月日	年度年齢	コース	追加検査 (※は補助対象者)					特殊健診		備考	
								付加健診	子宮	乳(マンモ)	乳房超音波	腹部超音波	有機	特化物		
5/10	6:30	1	イシカイ タロウ 医師会 太郎	M	昭和48年5月1日	51	一般	/	/	/	/	/	/	/	/	
6/21	9:30	10	イシカイ ハナコ 医師会 花子	F	昭和40年1月20日	60	一般	※ ○	※ ○	※ ○	/	/	/	/	/	
10/5	9:30	32	イシカイ カズコ 医師会 和子	F	昭和62年8月3日	37	一般	/	/	○	○	/	/	/	/	
8/1	8:20	75	イシカイ ジロウ 医師会 二郎	M	昭和57年1月25日	43	一般	/	/	/	/	○	○	/	/	キシレン・トルエン
							一般									
							一般									
							一般									
							一般									

希望する検査に○をつけてください。

予約日・時間欄は、事前に当センターと打ち合わせし決定した日時をご記入ください。

- ◆乳房超音波検査をご希望の方は乳がん検診が受診必須となります。
- ◆特殊健診をお申し込みの際は、使用している溶剤名等を備考欄にご記入ください。

### 〈 記入上の注意 〉

- 保険証番号など変更がある場合は訂正をお願いします。
- 付加健診の協会けんぽ補助対象は年度年齢 40歳～70歳までの5歳きざみの方に拡大されます。  
※オプション検査の「付加健診セット」が令和6年度からは廃止となります。  
事業主として「付加健診」と同等の追加検査をご検討されている場合は、ご相談ください。
- 早朝健診の腹部超音波検査・乳房超音波検査は予約制となっておりますので希望される方はご記入ください。
- 乳房超音波検査ご希望の方は乳がん検診が受診必須となります。
- 特殊健診は、備考欄に使用している溶剤名・物質名を記入してください。
- その他追加希望は備考欄にご記入ください。
- 追加検査欄の「※」は協会けんぽ補助対象項目です。

受診予定者名簿に必要事項をご記入のうえ当センターにご提出ください。  
(協会けんぽより送付される健診対象者一覧の提出は不要です。)