



見本

別紙2

## 協会けんぽ(全国健康保険協会) 健診申込書

事業所名称	公益財団法人 熊本県総合保健センター		
ご担当者様名	TEL	FAX	
保険証の記号	21700023	保険証の保険者番号	99999999

保険証をご確認後、★区分の本人(被保険者)・家族(被扶養者)、どちらかに○をつけてください。

年齢は、2027年4月1日時点の年齢です。

受診者様情報に訂正がある場合、二重線で訂正後正しい情報をご記入ください。

35歳以上の方は下記(A～E)コース、34歳以下の方はまたは健保未加入の方は、法定健診(F)コースをご案内します。

No	保険証 番号	★区分	フリガナ 氏名	性別	生年月日	コース	希望オプション	第一 希望日	第二 希望日
1	1	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	キョウカイ 太郎 協会 太郎	男	S50.11.30 年齢 50	B	胃カメラ	4月20日	5月
2	2	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	キョウカイ ハナコ 協会 花子	女	S49.7.20 年齢 51	A	乳がん検診(マンモ方向) 子宮がん検診	4月21日	4月火曜
3		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
4		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
5		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
6		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
7		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
8		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
9		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
10		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
11		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
12		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
13		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
14		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							
15		本人(被保険者) 家族(被扶養者)							

### 保険情報の確認について

■ マイナーポータルにて確認

マイナーポータルの「健康保険情報を確認する」にてご確認ください。

■ 健康保険資格確認書にて確認

見本

健康保険 本人(被保険者)  
資格確認書 令和6年12月2日交付

① 記号 00000000 番号00 ③ (枝番)00

氏名 協会 太郎  
生年月日 平成元年 5月10日  
性別 男  
資格取得年月日 令和6年12月2日  
有効期限 令和11年11月30日

② 保険者番号 999999999

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部 公印  
保険者所在地 ○○市○○町9-9-99

### 赤字の部分は、必ずご記入ください

- 申込書の★区分は必須項目です。必ず保険証を確認し、どちらかに○をつけてください。
- 令和6年・7年度に受診したデータを元に作成しています。内容に不備がございましたら何卒ご容赦ください。
- オプション検査をご希望の場合は、必ず記入をお願いします。(胃カメラ検査、大腸カメラ検査等)
- ご希望日に添えない場合は別の日程で調整させていただきます。