

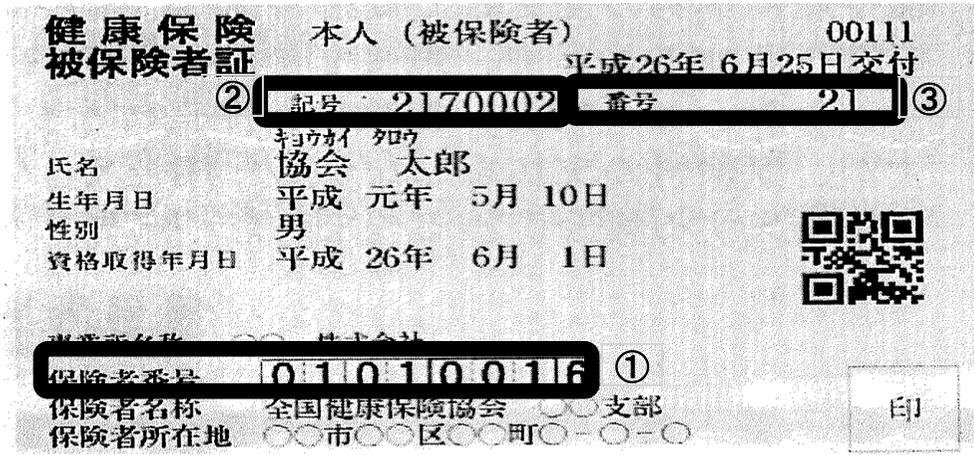
# 協会けんぽ生活習慣病予防健診（一般健診・付加健診）申込書

※企業・団体単位でのお申込につきましては、下記担当迄ご連絡ください。

春日野会病院FAX番号：078-221-6232

お名前		性別	生年月日			年齢	健康保険証の情報をご記入下さい（※下記参照）			
							保険者番号(①)	記号(②)	番号(③)	
ふりがな		男・女	昭和	年	月	日	歳			
漢字										
事前資料・結果報告書送付先			日中帯連絡先 (携帯電話等をご記入ください)			受診希望日（月曜日～金曜日の平日）			※付加健診の有無	
ご住所	〒					第一希望：令和 年 月 日	第二希望：令和 年 月 日	第三希望：令和 年 月 日	有 ・ 無	
特筆事項							※お申込後、調整させていただきます			※付加健診は、受診年度で満40歳、50歳の方が対象です。

※ 健康保険証の各種番号は下記の通りです。



※ 企業・団体単位でのお申込につきましては、下記担当迄ご連絡ください。

医療法人財団春日野会 春日野会病院  
検査室 得平（とくひら） 山下（やました）  
健診事務担当 平川（ひらかわ）  
〒651-0054 神戸市中央区野崎通4丁目1-2  
TEL078(221-6237) FAX078(221-6232)  
E-mail:kensa@kasuganokai.com