

2026年度 協会けんぽ 受診申込書

ベルクリニック専用 FAX番号：072-600-0130

折り返しの 連絡先		担当者名	様
保険者番号		保険証 記号	

本 社	フリガナ		事 業 所	フリガナ	
	本社			事業所名	
	所在地	〒		所在地	〒

No.	個人情報（すべて記入してください）					コース	胃カメラ	オプション	希望日時	備考
1	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名	人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名	一般健診	経口	マンモグラフィ		
2	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名	人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名	一般健診	経口	マンモグラフィ		
3	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名	人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名	一般健診	経口	マンモグラフィ		
4	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名	人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名	一般健診	経口	マンモグラフィ		
5	保険証 番号		生年 月日		カナ 氏名	人間ドック	経鼻	子宮がん検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族	漢字 氏名	一般健診	経口	マンモグラフィ		
						節目健診	経口+鎮静剤	骨密度検査		

子宮がん単独（20～38偶数年齢）をご希望の方は備考欄などにご記載ください。