

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

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	〒

折り返しの 連絡先		担当者名	様
保険者番号		保険証 記号	

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	年 月 日	自宅 住所	〒	人間ドック	経鼻  経口  経口＋鎮静剤	子宮がん検査  マンモグラフィ  骨密度検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族			一般健診				
	カナ						節目健診				
	氏名				TEL	子宮がん単独 20～38歳数年齢					
2	保険証 番号		生年 月日	年 月 日	自宅 住所	〒	人間ドック	経鼻  経口  経口＋鎮静剤	子宮がん検査  マンモグラフィ  骨密度検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族			一般健診				
	カナ						節目健診				
	氏名				TEL	子宮がん単独 20～38歳数年齢					
3	保険証 番号		生年 月日	年 月 日	自宅 住所	〒	人間ドック	経鼻  経口  経口＋鎮静剤	子宮がん検査  マンモグラフィ  骨密度検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族			一般健診				
	カナ						節目健診				
	氏名				TEL	子宮がん単独 20～38歳数年齢					
4	保険証 番号		生年 月日	年 月 日	自宅 住所	〒	人間ドック	経鼻  経口  経口＋鎮静剤	子宮がん検査  マンモグラフィ  骨密度検査		
	性別	男 ・ 女	区分	本人 ・ 家族			一般健診				
	カナ						節目健診				
	氏名				TEL	子宮がん単独 20～38歳数年齢					