

2026年度 健診申込書（協会けんぽ）

お申込日 年 月 日

一般財団法人神奈川県労働衛生福祉協会 行

(FAX : 046-262-9511)

枠内の記載をお願いいたします。

事業所名		
所在地	〒	
電話番号	()	
担当者名		
加入支部		支部

no.	保険証		フリガナ	性別	生年月日 (西暦)	希望会場 日程表よりお選びください	女性の方 オプション(注)	
	記号	番号	氏名				乳がん	子宮がん
1				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()		
			【会場名】					
2				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()		
			【会場名】					
3				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()		
			【会場名】					
4				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()		
			【会場名】					
5				男 ・ 女	年 月 日	月 日 ()		
			【会場名】					

ご注意)

女性の方でオプションを希望される方は各項目欄に○印を記入願います。

子宮がん検診：36歳から～74歳の偶数年齢の方

※子宮がん検診の単独健診は巡回健診ではお申込できません。

乳がん検診（マンモグラフィ）：40歳～74歳の偶数年齢の方