

生活習慣病・特定健診 申込書

令和 年 月 日

(一財)新潟県けんこう財団 御中
下記のとおり健康診断を申し込みます。

～ ご希望会場を○印でお囲み下さい。～

● 新潟＜新潟市中央区紫竹山2-6-10＞

● 西新潟＜新潟市西区小南2-1-60＞

● 長岡＜長岡市千秋2-229-1＞

受診期間：令和7年6月～令和8年1月31日

事業所名(屋号)

送付先住所(自宅)

日中連絡の取れる
電 話 番 号

F A X 番 号

(一人親方・従業員無し個人事業所
・従業員有り個人事業所)

※該当に○

全国建設工事業国民健康保険組合
新 潟 県 支 部
TEL0258-34-0231
FAX0258-36-8681

※40歳以上の方はどちらかに○を付けて下さい
特定受診券が お手元に (ある ・ ない)

申込日から2週間空けて下さい

	被保険者証の 記号・番号	フリガナ 受診者氏名	性別	生 年 月 日	特定 健診	健診コース	オプション	組合員 家族別	健診希望月日	
									第一希望	第二希望
1	93-		男・女	S ・ H ・ R 年 月 日	対象外	生活習慣病 A・B・C			月 日	月 日
					対象者	特定健診 A・B				
						人間ドック				
2	93-		男・女	S ・ H ・ R 年 月 日	対象外	生活習慣病 A・B・C			月 日	月 日
					対象者	特定健診 A・B				
						人間ドック				
3	93-		男・女	S ・ H ・ R 年 月 日	対象外	生活習慣病 A・B・C			月 日	月 日
					対象者	特定健診 A・B				
						人間ドック				
4	93-		男・女	S ・ H ・ R 年 月 日	対象外	生活習慣病 A・B・C			月 日	月 日
					対象者	特定健診 A・B				
						人間ドック				
5	93-		男・女	S ・ H ・ R 年 月 日	対象外	生活習慣病 A・B・C			月 日	月 日
					対象者	特定健診 A・B				
						人間ドック				

※ 健診コースは、生活習慣病(40歳未満) A・B・C、特定健診(40歳以上) A・B、人間ドック のいずれかを○で囲んで下さい。

※ ご希望されるオプション検査は、オプション欄にご記入下さい。

※健診料金は、当日精算します。

※ (一財)新潟県けんこう財団への直接の申し込みは無効です。必ず建設国保新潟県支部にお申し込み下さい。

※ 健診当日は、マイナ保険証等、特定健康診査受診券(40才以上の方)をご持参下さい。