



# 2021年度 生活習慣病予防専用申込書 記入例



東プラ健診クリニック  
【生活習慣病予防健診専用】申込書

◆電話予約後 ⇒ FAX、郵送または持参 ※クリニックよりお問い合わせ

基本検査項目のキャンセルがあれば記入してください。  
※コースや項目によってはキャンセル不可の項目もございます。

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階  
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター  
Tel: 03 - 5833 - 3475

(記入例)  
・妊娠中できない項目キャンセル  
・聴力キャンセル

保険証記号 **9876** 事業所の記号を記入してください。 は家族

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 記入欄 <small>※当院指券時のみ、 ご記入ください</small>	決定日時 <small>※電話予約後、ご記入ください</small>	乳房 超音波 <small>女性のみにいずれかに ○をしてください</small>	子宮頸部 細胞診 <small>女性のみにいずれかに ○をしてください</small>	備考欄 <small>※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目等 ご記入ください</small>
1 1234	トウプラ タロウ 東プラ 太郎	○ 男	○ 本人 ○ 配偶者 家族	○ 昭和 50年4月5日	生活			希望する 希望しない	自己採取 医師採取	ビロリ菌(採血)  オプション検査の希望があれば記入してください。
2 1234	トウプラ ハナコ 東プラ 花子	○ 女	○ 配偶者 家族	平成 52年11月11日	生活			○ 希望する 希望しない	○ 自己採取 ○ 医師採取	事前予約が必須の項目もございます。 お気を付けてください。  下記のオプション検査は、 どちらの項目も分かるように記入をお願いします。  *前立腺:前立腺超音波 or PSA *ビロリ菌:ビロリ菌(採血) or ビロリ菌(検便) *マーカーAセット or アレルギーAセット *マーカーBセット or アレルギーBセット
3		男	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活			希望する 希望しない	自己採取 医師採取	
4		男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活			希望する 希望しない	自己採取 医師採取	
5		男 女	配偶者 家族	平成 年 月 日	生活			希望する 希望しない	自己採取 医師採取	
6		男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活			希望する 希望しない	自己採取 医師採取	
7		男 女	本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活			希望する 希望しない	自己採取 医師採取	備考欄について、オプション検査やキャンセル項目 以外も下記の場合記入してください。
8			本人 配偶者 家族	昭和 平成 年 月 日	生活			希望する 希望しない	自己採取 医師採取	①特殊健診 ②海外赴任 ③年齢対象外 ④年度内二度目 ⑤夫婦同日の受診希望 ⑥前年度の受診時より苗字等に変更がある場合 ⑦事前案内の送付先住所が所在地に記入の住所と 異なる場合の送付先住所 ⑧レディースデー以外で受診可能

個人の保険証番号を記入してください。  
保険証が変更している場合は最新の番号を記入してください。  
申込後に保険証の変更がありましたら、ご連絡ください。  
なお、申込時に資格があっても、  
受診時に資格を喪失している方は受診できません。

【○】の欄について  
該当項目に○を記入してください。  
  
エクセルで作成する際は  
プルダウンで選択してください。

電話予約後に決定日時を  
ご記入ください。

ご記入いただいた住所に事前案内、請求書をお送りします。  
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更があった場合はご連絡ください。 記入日: 2021年 00月 00日

所在地 (※1)	〒111-0052 東京都台東区柳橋 1-1-4
事業所名称	株式会社 東プラ
担当者名	進興
担当者TEL	03-1234-5678
担当者FAX	03-1234-5679

※1 所在地について  
ご記入住所等  
  
『乳房超音波』『子宮頸部細胞診(医師採取・自己採取)』について  
  
年度末年齢35歳以上の方は健保組合負担で受診いただけます。  
希望の有無に○をしてください。  
35歳以下の方はオプション検査(自己負担)となります。  
オプション検査については「2021年度オプション表」を  
ご確認ください。

備考欄について、オプション検査やキャンセル項目  
以外も下記の場合記入してください。

- ①特殊健診
- ②海外赴任
- ③年齢対象外
- ④年度内二度目
- ⑤夫婦同日の受診希望
- ⑥前年度の受診時より苗字等に変更がある場合
- ⑦事前案内の送付先住所が所在地に記入の住所と異なる場合の送付先住所
- ⑧レディースデー以外で受診可能

※①～④についての支払方法は  
「2021年度利用料金確認書」の備考欄に  
ご記入ください。

# 2021年度 定期健診専用申込書 記入例



東プラ健診クリニック  
【定期健診専用】申込書

◆電話予約後 ⇒ FAX、郵送または持参※クリニックよりお問い合わせする場合がございますので、事業所控えを保管ください。

2021年度

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階  
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター  
Tel: 03 - 5833 - 3475

基本検査項目のキャンセルがあれば記入してください。  
※コースや項目によってはキャンセル不可の項目もございます。

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 記入欄 <small>※当院指券時のみ、 ご記入ください</small>	決定日時 <small>※電話予約後、ご記入ください</small>	定期健診 オプション <small>希望項目があれば ○をしてください (※1)</small>	乳 超 音 <small>女性のみに ○をして (※2)</small>	(記入例) ・妊娠中できない項目キャンセル ・聴力キャンセル
1234	トウプラ タロウ 東プラ 太郎	○ 男	本人	昭和 62 年 4 月 5 日	定期			○ 血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取 ピロリ菌(採血)
1236	トウプラ ハナコ 東プラ 花子	○ 女	本人	平成 63 年 11 月 11 日	定期			血液検査-2 ○ 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取 オプション検査の希望があれば記入してください。 事前予約が必須の項目もございます。 お気を付けてください。
		男	本人	昭和 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取 下記のオプション検査は、 どちらの項目が分かるように記入をお願いします。 *前立腺:前立腺超音波 or PSA *ピロリ菌:ピロリ菌(採血) or ピロリ菌(検便) *マーカーAセット or アレルギーAセット *マーカーBセット or アレルギーBセット
		女	本人	平成 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		男	本人	昭和 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		女	本人	平成 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		男	本人	昭和 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		女	本人	平成 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		男	本人	昭和 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		女	本人	平成 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		男	本人	昭和 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取
		女	本人	平成 年 月 日	定期			血液検査-2 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取

事業所の記号を記入してください。

姓と名の間にスペースを空けて記入をしてください。

保険証に印字されている漢字で記入してください。  
漢字の記入間違いないようにしてください。  
健診結果に印字されます。

[○]の欄について  
該当項目に○を記入してください。  
エクセルで作成する際は  
プルダウンで選択してください。

電話予約後に決定日時を  
ご記入ください。

個人の保険証番号を記入してください。  
保険証が変更している場合は最新の番号を記入してください。  
申込後に保険証の変更がありましたら、ご連絡ください。  
なお、申込時に資格があっても、  
受診時に資格を喪失している方は受診できません。

ご記入いただいた住所に事前案内、請求書を送ります。  
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

オプション検査の希望があれば、  
該当項目に○をしてください。  
※定期健診オプション、乳房超音波、  
子宮頸部細胞診は健保補助対象ではありません。

備考欄について、オプション検査やキャンセル項目  
以外も下記の場合記入してください。  
①特殊健診  
②海外赴任  
③年齢対象外  
④年度内二度目  
⑤夫婦同日の受診希望  
⑥前年度の受診時より苗字等に変更がある場合  
⑦事前案内の送付先住所が所在地に記入の住所と  
異なる場合の送付先住所  
⑧レディースデー以外で受診可能  
※①～④についての支払方法は  
「2021年度利用料金確認書」の備考欄に  
ご記入ください。

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある場合は、記入日: 2021年 00月 00日

所在地 (※3)	〒111-0052 東京都台東区柳橋 1-1-4
事業所名称	株式会社 東プラ
担当者名	進興
担当者TEL	03-1234-5678
担当者FAX	03-1234-5679

※1 定期健診オプションについて  
健保補助はありません。別途料金がかかります。  
希望がありましたら“○”をしてください。  
なお、血液検査、心電図検査、聴力検査を希望しない方は、  
簡易健診受診をお奨めします。

※2 乳房超音波、子宮頸部細胞診について  
・乳房超音波・子宮頸部細胞診は別途料金がかかります。  
・子宮頸部細胞診(医師採取)は火曜日のみです。  
・子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波は火曜日以外も実施しています。  
※乳房超音波は完全予約制です。

※3 所在地に  
ご記入いただいた  
住所等の変更が

# 2021年度 簡易健診専用申込書 記入例



東プラ健診クリニック  
【簡易健診専用】申込書

◆電話予約後 ⇒ FAX、郵送または持参※クリニックよりお問い合わせの場合は、事業所

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階  
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター  
Tel:03-5833-3475

基本検査項目のキャンセルがあれば記入してください。  
※コースや項目によってはキャンセル不可の項目もございます。

(記入例)  
・妊娠中できない項目キャンセル  
・聴力キャンセル

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 記入欄 ※当院指示時のみ、 ご記入ください	決定日時 ※電話予約後、ご記入ください	簡易健診オプション 希望項目があれば ○をしてください (※1)	乳房 超音波 女性のみの希望の際 ○をしてください (※2)	細胞診 女性のみの希望の際 ○をしてください (※2)	備考欄 ※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目を ご記入ください
1234	トウブラ タロウ 東プラ 太郎	○ 男		昭和	簡易			○ 血液検査-1 ○ 心電図検査 ○ 聴力検査 ○ 便潜血検査	希望する	自己採取 医師採取	
1236	トウブラ ハナコ 東プラ 花子	○ 女	本人	平成63年11月11日	簡易			○ 血液検査-1 ○ 心電図検査 ○ 聴力検査 ○ 便潜血検査	○ 希望する	自己採取 医師採取	ヒロリ菌(採血)
		男	本人	昭和	簡易			血液検査-1 聴力検査	希望	希望	事前予約が必須の項目もございます。 お気を付けください。
		女	本人	平成	簡易			血液検査-1 聴力検査	希望	希望	下記のオプション検査は、 どちらの項目も分かるように記入をお願いします。  *前立腺:前立腺超音波 or PSA *ピロリ菌:ピロリ菌(採血) or ピロリ菌(検便) *マーカーAセット or アレルギーAセット *マーカーBセット or アレルギーBセット
		男	本人	昭和	簡易			血液検査-1 聴力検査	希望する	自己採取 医師採取	
		女	本人	平成	簡易			血液検査-1 聴力検査	希望する	自己採取 医師採取	
		男	本人	昭和	簡易			血液検査-1 聴力検査	希望する	自己採取 医師採取	
		女	本人	平成	簡易			血液検査-1 聴力検査	希望する	自己採取 医師採取	

事業所の記号を記入してください。

者] 歳以上

姓と名の間にスペースを空けて記入をしてください。

保険証に印字されている漢字で記入してください。  
漢字の記入間違いがないようにしてください。  
健診結果に印字されます。

【O】の欄について  
該当項目に○を記入してください。  
  
エクセルで作成する際は  
ブルダウンで選択してください。

電話予約後に決定日時を  
ご記入ください。

個人の保険証番号を記入してください。  
保険証が変更している場合は最新の番号を記入してください。  
申込後に保険証の変更がありましたら、ご連絡ください。  
なお、申込時に資格があっても、  
受診時に資格を喪失している方は受診できません。

ご記入いただいた住所に事前案内、請求書をお送りします。  
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

オプション検査の希望があれば、  
該当項目に○をしてください。  
  
※簡易健診オプション、乳房超音波、  
子宮頸部細胞診は健保補助対象ではありません。

備考欄について、オプション検査やキャンセル項目  
以外も下記の場合記入してください。

- ①特殊健診
- ②海外赴任
- ③年齢対象外
- ④年度内二度目
- ⑤夫婦同日の受診希望
- ⑥前年度の受診時より苗字等に変更がある場合
- ⑦事前案内の送付先住所が所在地に記入の住所と異なる場合の送付先住所
- ⑧レディースデー以外で受診可能

※①～④についての支払方法は  
「2021年度利用料金確認書」の備考欄に  
ご記入ください。

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がなければなりません。記入日: 2021年 00月 00日

所在地 (※3)	〒111-0052 東京都台東区柳橋 1-1-4
事業所名称	株式会社 東プラ
担当者名	進興
担当者TEL	03-1234-5678
担当者FAX	03-1234-5679

※1 簡易健診オプションについて  
健保補助はありません。別途料金がかかります。  
希望がありましたら“○”をしてください。  
なお、血液検査、心電図検査、聴力検査の3項目追加時は、  
定期健診受診をお奨めします。

※2 乳房超音波、子宮頸部細胞診について  
・乳房超音波・子宮頸部細胞診は別途料金がかかります。  
・子宮頸部細胞診(医師採取)は火曜日のみです。  
・子宮頸部細胞診(自己採取)と乳房超音波は火曜日以外も実施しています。  
※乳房超音波は完全予約制です。

※3 所在地に  
ご記入いただいた  
住所等の変更