（様式第２－１号）

特定健康診査 及び 健診時同時がん検診・
胃の健康度検査（ABC検診） 申請者名簿

保険証記号	

※保険証番号は資格取得順にご記入願います。

No.

No.	被保険者証番号	被保険者氏名	生年月日	健診年度の3月31日時点の年齢	該当部位に○印を付けて下さい※1	健保使用欄
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん
			S・H ・ ・	才	・大 ・前 ・胃 ・肺 ・乳 ・子 ・胃の健康度検査	特定 がん