

健診申込書(配偶者用)

様式③

- ※基本健診・肺ドックの補助はいずれも**年度内1回**、脳ドックの補助は**2年度に1回**です。
- ※この申込書は実施健診機関ごとに作成し、**受診日の2週間前までに**提出してください。(土日祝日、GW、年末年始を除く)
- ※人間ドックは令和2年度より対象年齢が40歳以上から35歳以上に変更されました。
- ※C型肝炎検査は令和3年度より当組合加入中1回から年度内1回に変更されました。

実施健診機関	契約健診機関 (別表1)	健診機関コード	—	
		名 称		
	契約外健診機関	名 称		
		所 在 地		
	電 話 番 号	—	—	

受診者情報	記号		番号								
	受診者 (配偶者) 氏名	フリガナ			生年月日	昭和	年	月	日	性別	男
						(年度末年齢	歳)	女			
住所	〒	—		TEL	—	—	—				

- ※該当する項目を○で囲んでください。
- ※健診機関によっては、オプション検査が基本健診コースに含まれている場合があります。

生活習慣病・人間ドック	種 別	生活習慣病 ・ 人間ドック		※補助は年度内1回		
	受診予定日	令和	年	月	日	
	婦人科	子宮	受診する ・ 受診しない			
		乳房	受診する (マンモグラフィ ・ 乳房エコー) ・ 受診しない		※補助はいずれか一方のみ	
	前立腺	受診する ・ 受診しない				
C型肝炎	受診する ・ 受診しない					
脳	受診予定日	令和	年	月	日	※補助は2年度に1回、11,000円上限の実費相当額まで
	健保補助	補助あり ・ 補助なし				
肺	受診予定日	令和	年	月	日	※補助は5,500円上限の実費 相当額まで
	検査方法	ヘリカルCT ・ 喀痰細胞診				

令和 年 月 日 提出

受付印

事業所名

被保険者名



※自署の場合は押印不要