

健診申込書(被保険者用)

※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。

事業所情報	記号	令和 年 月 日 提出			受付印
	所在地	〒 -			
	名称	印			
	電話番号	- -			
	担当者名				

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	-	-	

※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もあります。

保険証番号 受診予定日	フリガナ 氏名	生年月日 年度末年齢	性別	健診種別	婦人科		前立腺 (PSA)	C型 肝炎	脳ドック	肺ドック	備考
					子宮	乳房					
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	