

健診申込書(配偶者用)

様式③

記入例

いずれも年度内1回、脳ドックの
とに作成し、受診日の2週間
対象年齢が40歳以上から35歳
当組合加入中1回から年度

<下記の場合にこの様式を使用してください>

- ・別表1に載っている健診機関で受診する場合
- ・別表1および別表2に載っていない健診機関で受診する場合
- ※任意継続者は様式⑤をご使用ください。

| | | |
|-----------------|---------|--------------|
| 契約健診機関 (別表1) | 健診機関コード | 13 - 020 |
| | 名称 | JA東京健康管理センター |
| 契約外健診機関 | 所在地 | |
| | 電話番号 | |

別表1に載っている健診機関で
受診する場合はこちらへ記入

別表1・2に載っていない
健診機関で受診する場合は
こちらへ記入

| | | | | | | |
|--------------------|-------------------|------------|---------|---------------------|----|---|
| 記号 | 9876 | 番号 | 54321 | | | |
| 受診者 (配偶者) 氏名 | フリガナ | ケンポ ハナコ | 生年月日 | 昭和 45 年 9 月 12 日 | 性別 | 男 |
| | 氏名 | 健保 花子 | (年度末年齢) | 51 歳 | | 女 |
| 住所 | 〒 | 100 - 0000 | TEL | 090 - XXXXX - XXXXX | | |
| | 東京都新宿区〇〇 X-X △△マン | | | | | |

令和4年3月31日現在の年齢を記入

※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 3 年 5 月 7 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 3 年 5 月 7 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 3 年 5 月 7 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 | | |

該当する項目を○印で囲む
または、該当しない項目を消して
該当する項目だけを表示する

令和 3 年 4 月 9 日 提出

受付印

事業所名 株式会社 〇〇〇〇

被保険者名 健保 太郎



※自署の場合は押印不要

被保険者名を自署している場合
押印は不要

