

健診申込書(任意継続者用)

様式⑤

記入例

<任意継続者はこの様式をご使用ください>

- ・被保険者と配偶者が同一健診機関で受診される場合は1枚で提出可能です。
- ・被保険者と配偶者が別々の健診機関で受診される場合は1枚では提出できません。

※ご夫婦で同一健診機関で受診
※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。

実施健診機関	契約健診機関 (別表1・2)	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	名称				
		所在地				
		電話番号	-			
住所	〒 100 - 0000		TEL	090 - ×××× - ××××		
	東京都新宿区〇〇 ×-× △△マンション×××号					
被 保 険 者	フリガナ	ケンボ タロウ	生年月日	昭和 42 年 11 月 20 日		
	氏名	健保 太郎		(年度末年齢 53 歳) 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
	生活習慣病・人間ドック	種別	生活習慣病 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 受診しない		
			乳房	受診する (マンモグラフィ ・ 乳房エコー) ※補助はいずれか一方のみ ・ <input checked="" type="radio"/> 受診しない		
		前立腺	<input checked="" type="radio"/> 受診する ・ 受診しない	令和4年3月31日現在の年齢を記入		
	C型肝炎	受診する ・ <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ヘリカルCT ・ 喀痰細胞診			
配 偶 者	フリガナ	ケンボ ハナコ	生年月日	昭和 45 年 9 月 12 日		
	氏名	健保 花子		(年度末年齢 51 歳) 性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女		
	生活習慣病・人間ドック	種別	人間ドック	脳ドック・肺ドックを受診する場合は日付を記入する 受診しない場合は、日付欄を未記入にする		
		受診予定日	令和 3 年 5 月 7 日			
		婦人科	子宮	受診する ・		
			乳房	受診する (マンモグラフィ ・) ※補助はいずれか一方のみ ・		
		前立腺	・ 受診しない			
	C型肝炎	・ 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 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 ・			

令和 3 年 4 月 9 日 提出

受付印

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