

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
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
※生活習慣病健診は令和4年度より対象年齢が35歳以上か

<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)	53 歳		女
住所	〒	100 - 0000	TEL	090 - XXXXX - XXXXX		
	東京都新宿区〇〇 × - × △△マ					

令和6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もあります。

生活習慣病・人間ドック	種別	生活習慣病 ・ 人間ドック	※補助は年度中1回	
	受診予定日	令和 5 年 5 月 9 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) ※補助はいずれか一方のみ ・ 受診しない	
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 5 年 5 月 9 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 5 年 5 月 9 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 5 年 4 月 7 日 提出

受付印

事業所名 株式会社 ○○○○

被保険者名 健保 太郎