

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。

※生活習慣病健診は令和4年度
 ※ご夫婦で同一健診機関で受診される場合は、この申込書で提出してください。
 ※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。

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 - XXXX - XXXX				
	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	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	
	氏名	健保 太郎		(年度末年齢 56 歳)		<input type="radio"/> 女	
	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 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	令和6年3月31日現在の年齢を記入			
	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				
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	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	
	氏名	健保 花子		(年度末年齢 53 歳)		<input type="radio"/> 女	
	種別	人間ドック					
	受診予定日	令和 5 年 5 月 9 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 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						

別表1・2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

令和6年3月31日現在の年齢を記入

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

令和 5 年 4 月 7 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