

健診申込書(任意継続者用)

様式⑤

※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)
 ※該当する番号および項目を○で囲んでください。
 ※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。
 ※生活習慣病健診は令和4年度より対象年齢が35歳以上から30歳以上に変更されました。
 ※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	-	
		名称		
	契約外健診機関	名称		
		所在地		
		電話番号	-	-

保険証記号番号	999	-	
住所	〒	-	TEL
			-

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男		
	氏名			(年度末年齢)	歳	女					
	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 年 月 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 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 年 月 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		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男		
	氏名			(年度末年齢)	歳	女					
	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 年 月 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 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 年 月 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									

令和 年 月 日 提出

受付印

