

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があります。

実施健診機関		契約健診機関 (別表1・2)	健診機関コード	13 - 9876	
		名称	△△クリニック		
契約外健診機関		名称			
		所在地	別表1・2に載っていない健診機関で		
		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	ケンポ タロウ		生年月日	昭和 〇 年 11 月 20 日
	氏 名	健保 太郎			性別 (男) 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 〇 年 5 月 9 日			
	婦人科	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 〇 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 〇 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	ケンポ ハナコ		生年月日	昭和 〇 年 9 月 12 日
	氏 名	健保 花子			性別 (男) 女
	種 別	生活習慣病 ・ 人間ドック			
	受診予定日	令和 〇 年 5 月 9 日			
	婦人科	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 〇 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 ・		

令和 〇 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