

生活習慣病予防健診 利用申込書【新規・変更】

↑ いずれかに○

- ※ 受診者が契約健診機関に予約した後、受診日の前日までに、本申込書を健保組合に送付してください。
 ※ この健診を受けられるのは35歳以上の被扶養者と任意継続の被保険者のみですのでご注意ください。
 ※ 申込書は1名につき1枚作成してください。

FAX:03-6895-8393

- ※ 契約機関で受診した方の結果表は、健診機関から健保組合に提出され受診者の健康保持、増進のための事業に活用することを了承いただいた上でお申し込みください。

【被保険者】

(フリガナ) 氏名		保険証 記号・番号	—
会社名		電話番号	()
勤務箇所名			

【受診者】

(フリガナ) 氏名		生年 月日	(西暦) 年 月 日	1.男	2.女
続柄	1.本人(任意継続) 2.()			歳	
居住地	TEL:	E-mail:			
	〒				

【健診機関先の予約内容】

予約日時	平成 年 月 日 (曜日)	申込日	平成 年 月 日	
健診機関名	電話:	()		
	受付担当者名:			
婦人科検診 (オプション) ※自己負担ゼロ	乳がん 検診	1. 受診する 2. 受診しない	その他 有料の オプション検査	<input type="checkbox"/> 眼底検査(592円)
	子宮頸がん 検診	1. 受診する 2. 受診しない		<input type="checkbox"/> 眼圧検査(637円)
				<input type="checkbox"/> 腹部超音波(4,158円)
				<input type="checkbox"/> 前立腺検査(2,613円)

【変更内容】 ※変更申請の場合は変更の内容をご記入ください。

--

<健保組合記入欄>

結果報告受付日	平成 年 月 日
支払日	平成 年 月 日

決 議	常務理事	事務長	課長		担当者

健保組合受付印
