

婦人健診受診申込書 (35才以上対象)

50歳以上で胃部レントゲン検査を希望する方は、付加検査に○をしてください。

事業所名					健診機関名						
事業所所在地	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				電話 ()	—		
被保険者証の番号	受診者氏名		被保険者被扶養者の別	生年月日	第1希望	第2希望	付加検査				
	フリガナ		被保険者 被扶養者	S 年 月 日	月 日	月 日	胃部レントゲン (50歳以上の希望者に限る。)				
	フリガナ		被保険者 被扶養者	S 年 月 日	月 日	月 日	胃部レントゲン (50歳以上の希望者に限る。)				
	フリガナ		被保険者 被扶養者	S 年 月 日	月 日	月 日	胃部レントゲン (50歳以上の希望者に限る。)				
	フリガナ		被保険者 被扶養者	S 年 月 日	月 日	月 日	胃部レントゲン (50歳以上の希望者に限る。)				
	フリガナ		被保険者 被扶養者	S 年 月 日	月 日	月 日	胃部レントゲン (50歳以上の希望者に限る。)				
	フリガナ		被保険者 被扶養者	S 年 月 日	月 日	月 日	胃部レントゲン (50歳以上の希望者に限る。)				
	フリガナ		被保険者 被扶養者	S 年 月 日	月 日	月 日	胃部レントゲン (50歳以上の希望者に限る。)				
備考欄											

この申込書は、事業所がとりまとめて健康保険組合へ申し込むことに同意される方のみご記入ください。個人単位での申し込み(受診者自身が記入)をご希望の場合は、1名のみ記載できる申込書をご利用ください。

※ 50歳以上の方で胃部レントゲン検査を希望される方は、付加検査欄に○印を付けてください。
 婦人健診の一部負担金は、通常5,500円(健診機関が間接撮影法の場合、1,000円安くなります。)ですが、胃部レントゲン検査を受けない場合、4,000円となります。

- ※ 健診結果報告書は、健診機関から受診者と健康保険組合に送付されます。
 また、健康保険組合が取得した健診結果にもとづき、40歳以上の方を対象にメタボリックシンドロームのリスクに応じて特定保健指導を実施いたします。
- ※ 受診案内を送付しますので事業場の名称と所在地には、受診者の勤務地と支店・出張所名をご記入ください。なお、受診者が同一の事業場に所属している場合は、一括送付いたします。
- ※ 健診日は第1希望・第2希望ともご記入ください。
 なお、健診機関に直接連絡されて健診日が確定の場合は、健診日を第1希望日欄に記入の上「予約済み」とご記入ください。
- ※ 同一年度(4月から翌年3月)に、[人間ドック][節目健診][基本健診][婦人健診][特定健診]の内、2以上の健診を受けられた場合は、重複する検査は実費扱いとなりますのでご了承ください。