

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○してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|---|--|----|--------|-----|--|--|--|--|--|--------|---|
| 事業所名 | | | 健康保険被保険者 証の記号・番号 | 記号 | 番号 | | | | | | | | |
| 受診者氏名 | (フリガナ) | 被保険者 被扶養者 | 生 年 月 日 | 昭和 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 受診者 住所 | 〒 | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | 電話 () | — |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 健診機関名 | | | | | | | | | | | | | |
| 付加検査 (胃部レントゲン 検査) | 受ける ・ 受けない | | 50歳以上の希望者は受診することができます。 但し、一部負担金1,500円追加願います。(間 接撮影法の場合1,000円安くなります。) | | | | | | | | | | |
| 健診日 | 第1希望 | 令和 | 年 | 月 | 日 (曜日) | 備考欄 | | | | | | | |
| | 第2希望 | 令和 | 年 | 月 | 日 (曜日) | | | | | | | | |
| 健康保険組合 使用欄 | 決定日 | 令和 | 年 | 月 | 日 (曜日) | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |

※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○印をつけてください。婦人健診の一部負担金は、通常4,000円ですが、胃部レントゲン検査を受ける場合、5,500円となります。(健診機関が間接撮影法の場合、1,000円安くなります)

- ※ 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特定保健指導を実施する場合があります。
- ※ 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、備考欄に「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、[婦人健診][特定健診]の内で2以上の健診を受けられた場合、重複する検査は実費扱いとなりますのでご注意ください。

大阪菓子健康保険組合
FAX 06-6763-3500