

# 節目健診申込書

事業所名				健康保険被保険者証の記号・番号	記号	番号							
被保険者氏名	(フリガナ) .....	男 女	生 年 月 日	昭和 年 月 日									
被保険者住所 又は 事業所所在地	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								電 話 ( ) -				
健診機関名													
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)											
婦人科検査	1 受ける                      2 受けない												

- ※ 受診案内等を事業所へ送付希望の場合は事業所所在地をご記入ください。
- ※ 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。
- ※ 健診日は第1希望・第2希望ともご記入ください。
- ※ 女性の方は、婦人科検査の受診について○印でご回答ください。
- ※ 同一年度(4月から翌年3月)に同じ方が、[人間ドック]を受けられた場合、節目健診は実費扱いとなりますのでご了承ください。  
今年度すでに[基本健診]を受けられた方で、胃部レントゲン、便潜血検査及び婦人科検査(女性のみ)を受けていない場合は、これらの検査と腹部超音波検査が補助の対象となります。

大阪菓子健康保険組合  
FAX 06-6763-3500