

## 基本健診受診申込書

事業所名			健診機関名			
事業所所在地	〒 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		電話 ( <input style="width: 40px;" type="text"/> )	—		
被保険者証の番号	受診者氏名	性別	生年月日	第1希望	第2希望	付加検査
	フリガナ	男 女	S H 年 月 日	月 日	月 日	1. 便潜血検査 2. 婦人科検査 3. 胃部レントゲン 3.は50歳以上の希望者に限る
	フリガナ	男 女	S H 年 月 日	月 日	月 日	1. 便潜血検査 2. 婦人科検査 3. 胃部レントゲン 3.は50歳以上の希望者に限る
	フリガナ	男 女	S H 年 月 日	月 日	月 日	1. 便潜血検査 2. 婦人科検査 3. 胃部レントゲン 3.は50歳以上の希望者に限る
	フリガナ	男 女	S H 年 月 日	月 日	月 日	1. 便潜血検査 2. 婦人科検査 3. 胃部レントゲン 3.は50歳以上の希望者に限る
	フリガナ	男 女	S H 年 月 日	月 日	月 日	1. 便潜血検査 2. 婦人科検査 3. 胃部レントゲン 3.は50歳以上の希望者に限る
	フリガナ	男 女	S H 年 月 日	月 日	月 日	1. 便潜血検査 2. 婦人科検査 3. 胃部レントゲン 3.は50歳以上の希望者に限る
	フリガナ	男 女	S H 年 月 日	月 日	月 日	1. 便潜血検査 2. 婦人科検査 3. 胃部レントゲン 3.は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。

※ 付加検査をご希望の場合は、ご希望の検査名に○印を付けてください。  
一部負担金は、基本健診のみでは2,500円、便潜血検査は500円、婦人科検査は1,000円、胃部レントゲン(50歳以上の希望者)は1,500円です。(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才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します。ご希望の方は、当組合までご連絡ください。
- ※ 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、[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、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。