

基本健診受診申込書

※ 胃部レントゲンについては、50歳以上の希望者が補助の対象となります。
健診機関により撮影方法が異なりますので健診機関一覧表をご確認ください。

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	昭平 年 月 日
受診者住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		電話 ()	-
健診機関名				
付加検査	※ 希望する付加検査に○をつけて下さい。 1、便潜血検査 2、婦人科検査 3、胃部レントゲン検査(50歳以上の方)			
健診日	第1希望	令和 年 月 日 (曜日)	備考欄	健診受付時間 時 分
	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)		
その他				

※ 健診日は第1希望・第2希望ともご記入ください。
健診機関に直接連絡されて健診日を予約済みの場合は、健診日を第1希望日欄に記入し、備考欄に「予約済み」と記入し「健診受付時間」をご記入ください。

※ 付加検査をご希望の場合は、下記の負担金が別に必要です。

胃部レントゲン検査	間接撮影 500円	便潜血 500円	婦人科検査 1,000円
	直接撮影 1,500円		

※ 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。

※ 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、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。

<組合使用欄>

健診機関No	付加検査	一部負担金	FAX	備考
	胃・便・婦	円 事業所		

大阪菓子健康保険組合
FAX 06-6763-3500