

※NO.64 河北総合病院と
 NO.69 セラヴィ新橋クリニックは、
 契約終了のため申込みできません。
 NO.44 新川橋病院は男性のみ申込み可能

※ 胃部X線検査等、受検を希望されない検査項目がある場合は、『備考欄』へご記入の上、必ず事前に健診医療機関へ
連絡してください。
 (当日キャンセルは、医療機関に大変な迷惑となります。医療機関によってキャンセル料がかかりますので、
 必ず事前の連絡をお願いします。)

2019年度 成人病健診申込書 (被保険者用)

※当組合で被保険者になっていない事業主の方は「事業主用」をホームページから印刷して下さい

医療機関No.
医療機関名

◎事業所名
 ◎所在地 〒
 ◎TEL ()
 ◎連絡者名

つぎのとおり申し込みます。

申込締切日
 2019年6月28日
 (金) 必着
(FAX不可)

※必ずご記入下さい

(実施期間 5月～10月)

※予約日・実施を希望しない検査等

保 険 証		フ リ ガ ナ		生年月日	年 齢	性 別	都 合 の 良い時期	都 合 の 悪い時期	子宮がん 検査希望	乳がん検査希望		備 考 ※
記 号	番 号	氏 名								有 ・ 無	有 ・ 無	
									有 ・ 無	有 ・ 無	超 音 波 ・ マンモグラフィ	
		問診票等の送付先	〒					TEL				
									有 ・ 無	有 ・ 無	超 音 波 ・ マンモグラフィ	
		問診票等の送付先	〒					TEL				
									有 ・ 無	有 ・ 無	超 音 波 ・ マンモグラフィ	
		問診票等の送付先	〒					TEL				

- ◎申込書は医療機関ごとに作成して、健保組合に郵送してください (FAX不可)。
- ◎女性の方は乳がん・子宮がん検査の有無を必ずご記入ください。また、乳がん検査を希望される方は、超音波・マンモグラフィのどちらかを○で囲んでください。
- ◎受検日に資格を喪失している場合は、補助対象となりませんのでご注意ください。
- ◎必ず実施期間内に受検してください。(5月～10月)
- ◎健診のコースや医療機関の変更があった際には、必ず事前に健保組合に連絡してください。
(事前連絡がない場合、全額自己負担となります)

※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。

- ①健診委託機関への申込者情報を提供します。
- ②健診委託機関からの受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。

以上のことについて、ご質問のある方は、組合までご連絡ください。