

※ 胃部X線検査等、受診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。
 (当日キャンセルの場合、その費用は皆さまの大切な限りある保険料から負担することになります。事前の連絡をよろしくお願いします)

平成30年度 成人病健診申込書 (被保険者用)

医療機関ごとに作成

※当組合の被保険者でない事業主の方は「事業主用」をホームページからダウンロードして下さい

医療機関No.
医療機関名

◎事業所名
 ◎所在地 〒
 ◎TEL ()
 ◎連絡者名

申込締切日 平成30年6月29日 (金) 必着 (FAX不可)
--

つぎのとおり申し込みます。

(実施期間 5月～10月)

※予約日・実施を希望しない検査等

※必ずご記入下さい

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				
									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。