

健康診断受診申込書(各健康保険組合共通)

【書類送付先、お支払方法をご記入ください。】※ご自宅送付の場合は別途データを頂戴いたします。

問診票	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> その他 ()
個人結果	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> その他 ()
会社控	<input type="checkbox"/> 本社	<input type="checkbox"/> 支社	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ()
支払方法	<input type="checkbox"/> 後日請求 <input type="checkbox"/> 窓口支払い(領収書名 個人名・会社名) <input type="checkbox"/> その他 ()		

※当センターは完全予約制となっておりますので、予約されずにお越しいただいても受診いただけません。

※定員に達した時点で、お申込みをお断りする場合がございますので、お早めにお申込みください。

※お申込みはFAXをご利用ください。【 FAX 011-219-1725 】

フリガナ			
事業所名			
住所	〒		
TEL/FAX	TEL:	FAX:	
担当者様	様		
健康保険組合			
保険証記号			

※健康保険証の記号、番号は必ずご記入ください。

保険証番号	力漢	ナ	氏	姓名	性別	生	年	月	日	保	険	種	希望されるコースに「○」をご記入ください					受診希望会場 どちらかに「○」	希	望	日	備	考(施設内のみ)
													本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診						
				氏名	男	昭	年	月	日	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診	人間ドック (施設内のみ可)	施設内健診	第1	希望	日	備	考(施設内のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(1・2) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 腹部超音波	
					女											平	巡回健診(会場健診)	第2					希望
				氏名	男	昭	年	月	日	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診	人間ドック (施設内のみ可)	施設内健診	第1	希望	日	備	考(施設内のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(1・2) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 腹部超音波	
					女											平	巡回健診(会場健診)	第2					希望
				氏名	男	昭	年	月	日	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診	人間ドック (施設内のみ可)	施設内健診	第1	希望	日	備	考(施設内のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(1・2) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 腹部超音波	
					女											平	巡回健診(会場健診)	第2					希望
				氏名	男	昭	年	月	日	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診	人間ドック (施設内のみ可)	施設内健診	第1	希望	日	備	考(施設内のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(1・2) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 腹部超音波	
					女											平	巡回健診(会場健診)	第2					希望
				氏名	男	昭	年	月	日	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診	人間ドック (施設内のみ可)	施設内健診	第1	希望	日	備	考(施設内のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(1・2) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 腹部超音波	
					女											平	巡回健診(会場健診)	第2					希望
				氏名	男	昭	年	月	日	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診	人間ドック (施設内のみ可)	施設内健診	第1	希望	日	備	考(施設内のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(1・2) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 腹部超音波	
					女											平	巡回健診(会場健診)	第2					希望
				氏名	男	昭	年	月	日	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	法定健診 (労働安全衛生法)	定期健診	生活習慣病 予防健診	付加健診	人間ドック (施設内のみ可)	施設内健診	第1	希望	日	備	考(施設内のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ(1・2) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 腹部超音波	
					女											平	巡回健診(会場健診)	第2					希望

※ご加入されている健康保険組合等により、年度内(令和4年4月～令和5年3月)健診費用の一部が補助される場合がございますので必ず健康保険組合名をご記入ください。

※上記において、既に他医療機関で補助制度を利用されている場合は、補助対象外となりますので全額ご本人様負担となりますのでご注意ください。