

常務理事	事務長	部長	課長	扱者

計機健康保険組合 行

契 約 医 療 機 関 健 診 受 検 申 込 書

下記のとおり申し込みます。

事業所記号		書類の送付先 住所・名称 担当者名	〒 - 電話 _____
事業所名称			
営業所の名称			

医療機関名		医療機関所在地	
-------	--	---------	--

被保険者番号	フリガナ氏名	区分	生年月日(年齢)	受検年月日	健診種目
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	
		本・家	昭和 平成 年 月 日()	平成 年 月 日	

【健診種目】受検種目を選択のうえ、健診種目欄へ番号を記入してください。

①人間ドック(1泊)	②人間ドック(内視鏡)	③人間ドック(バリウム)	④婦人健診(内視鏡)	⑤婦人健診(バリウム)
⑥生活習慣病(内視鏡)	⑦生活習慣病(バリウム)	⑧健康診断	⑨乳がん検診(マンモ)	⑩乳がん検診(マンモ・触診)
⑪乳がん検診(エコー)	⑫乳がん検診(エコー・触診)	⑬子宮がん検診	⑭脳検査	⑮特定健康診査
⑯腫瘍マーカー(人間ドック・男性セット)	⑰腫瘍マーカー(生活習慣病・男性セット)	⑱腫瘍マーカー(生活習慣病・男性セットPSA含)	⑲腫瘍マーカー(女性)	⑳ピロリ菌(IgG抗体)

【注意事項】

1. 同一月・同一医療機関・同一送付先ごとにとりまとめのうえ、受検日の**2週間前**までに検診課へご提出ください。
2. ⑯～⑳は、人間ドック・生活習慣病・婦人健診受検時のオプション検査になりますので単体での受検はできません。
3. この申込書は個人情報保護法を遵守し適正に取り扱います。