

人間ドック申込書 生活習慣病検査

健診受診者の一部負担金は健診機関の窓口で当日直接お支払いください。

事業所名	信用金庫		保険者証 記号番号		—	
	部・店		被保険者 氏 名			
フリガナ	TEL					
受診者氏名	男・女 続柄 ()		生年月日		受診年度の 年齢	
			年 月 日		才	
受診者住所	〒 —		TEL			
医療機関名						
健診の種別	1 入院ドック		2 日帰りドック		3 生活習慣病	
受診希望日	上旬・中旬・下旬を希望する病院			日付を希望する病院		
第1希望	年 月 上旬・中旬・下旬			年 月 日		
第2希望	年 月 上旬・中旬・下旬			年 月 日		
第3希望	年 月 上旬・中旬・下旬			年 月 日		
胃の検査	1 胃透視(X線)	2 胃カメラ	経口	※鎮静剤	3 受検しない	
			経鼻	必要 不要		
※鎮静剤は各健診機関によって取扱いが異なりますのでご注意ください。						
婦人科検診	1 乳がん・子宮がん	2 乳がん	3 子宮がん	4 受検しない		
	乳がん検査は マンモ1方向・マンモ2方向・エコー					
備考 (土曜日の希望や 相談したいこと を記入)						
健診実施日	年 月 日					

1. 申込者は太枠部分のみ記入してください。
2. 申込書は、受診者ごとに作成してください。(被扶養者が受診の場合、申込者は被保険者となります)
3. 受診希望日は、第3希望までご記入ください。希望された日に受診できない場合もありますのであらかじめご了承ください。
4. 健診の種別、胃の検査、婦人科検診(乳がん・子宮がん)の希望は、数字に○をつけてください。医療機関によって取扱いが異なりますので、「健診機関と健診料一覧表」等を参考にして、詳しくは医療機関に問い合わせてください。
5. 4月希望者は事前に予約してから予約日を備考欄にご記入ください。
3月は補助の対象外で受診できません。
6. 私は、健康保険組合が保健指導等の事業を行う一環として必要とする場合に限り、私の健診結果を活用することに同意します。

健診医療機関 御中

上記申込者の健診をお願い致します。
申込内容については
直接ご本人様へご確認
ください。

(受付印)