

令和 6 年度

任意継続被扶養者用 人間ドック健診 等申込書
婦人科健診・脳ドック健診

しんくみ東海北陸健康保険組合理事長 様

健診実施希望 医療機関名称	〇〇〇〇〇病院健診センター
------------------	---------------

〇

被 保 険 者	住所 〒 123-4567 名古屋市 中村区 椿町3
	氏名 健康 太郎 印
	電話 052-123-4567
保険者名称 しんくみ東海北陸健康保険組合	

健康保険 記号番号	9001	9876	性別	受診希望種別	健診実施日	備 考
健康 高子	H1.10.1		女	<input type="radio"/> 人間ドック健診	R6.5.10	
				<input type="radio"/> 婦人科健診		
				<input type="radio"/> 脳ドック健診		
				<input type="radio"/> PSA検査		
				<input type="radio"/> 喀痰細胞診検査		

申込書作成上の注意

1. 受診を希望する健診に○を記入してください。
2. 自署の場合、押印は不要です。
3. 脳ドックの実施は、35歳・40歳・45歳及び、50-54歳、55-59歳、60-64歳のそれぞれの期間に1回限りとします。
4. 前立腺がん検査(PSA検査)は50歳以上の男性、喀痰検査は40歳以上の方が実施対象となります。
5. この様式は、**契約医療機関分**となります。
6. この健診結果・問診票については、しんくみ東海北陸健康保険組合へも通知されます。
7. 控の送付はありません。