

契約外医療機関分

令和 8 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

<健保提出用>

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	所在地	名古屋市東区中村区椿町3
	名称	〇〇病院

被 保 険 者	住所 〒123-4567 愛知県〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名 信組 次郎 (印)
	電話 000-0000-0000

健康保険 記号番号	9001	12				
健診希望被扶養者 氏名と生年月日	性別	受診希望種別	健診実施日	備 考		
シンクミ ミツコ	女	<input type="radio"/> 人間ドック健診	R8.9.1			
信組 光子		<input type="radio"/> 婦人科健診(乳がん)				
		<input type="radio"/> 婦人科健診(子宮がん)				
		<input type="radio"/> 脳ドック健診				
		<input type="radio"/> PSA検査				
		<input type="radio"/> 喀痰検査				
昭和35年7月1日		<input type="radio"/> 骨粗しょう症検査				

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. 婦人科健診の実施は、30歳以上の女性が対象となります。
4. 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。
5. 前立腺がん検査(PSA検査)の実施は、50歳以上の男性が対象となります。
6. 喀痰検査の実施は、40歳以上の方が対象となります。
7. 骨粗しょう症検査の実施は、30歳以上の偶数年齢の女性が対象となります。
8. この様式は、契約外医療機関分となります。
9. 請求の際、以下の事項について同意の上申し込みをしてください。
 - ※請求書①と問診票②に記入・捺印の上、領収書の原本と健診結果の写しを添付して提出すること。
 - ※健診結果について当健康保険組合から医療機関へ照会・回答を受理すること。
10. 控の送付はありません。