

契約外医療機関分

<健保提出用>

令和 6 年度 任意継続被扶養者用 人間ドック健診 婦人科健診・脳ドック健診 等申込書

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	名古屋市中村区椿町3-2
	名称	〇〇〇〇病院

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

健康保険 記号番号	9001 9876				
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	
健康 高子 昭和62年5月5日	女	<input type="radio"/> 人間ドック健診	R6.5.1		
		<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、**契約外医療機関分**となります。
6. **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。
7. 控の送付はありません。