

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
--------------	---------------

事業所住所	名古屋市中村区椿町3-21
事業所名称	〇〇〇〇〇信用組合
事業主氏名	理事長 〇〇 〇〇
担当者氏名	〇〇 〇〇

記号	1234	健診申込被保険者氏名・生年月日	性別	婦人科健診希望の有無	脳ドック健診希望の有無	前立腺がん健診(PSA)希望の有無	喀痰検査希望の有無	健診実施日	備考
健 保 番 号	56	健康 太郎 昭和三十九年四月二日	男		○	○	○	R6.5.5	
	58	東海 高子 昭和六十一年一月一日	女	○			○	R6.6.1	

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. 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。
3. 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。
4. この様式は、契約医療機関分となります。
5. 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。
6. 事業所控の送付はありません。