

契約外医療機関分

令和 6 年度

被保険者用 人間ドック等健診申込書

< 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	名古屋市東区椿町3
名称	〇〇〇〇〇病院

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49年4月2日	男		○	○	○	R6.5.5	
	58	東海 高子 昭和60年1月1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、契約外医療機関分となります。
5. 請求の際、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、しんくみ東海北陸健康保険組合に提出していただく事に同意の上、申込をしてください。
6. 事業所控の送付はありません。