

令和 6 年度

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	
名称	〇〇〇〇病院健診センター

被 保 険 者	住所 〒 123-4567 名古屋市中村区椿町3-2
	氏名 健康 太郎 ㊞
	電話 052-123-4567
所 属 事 業 所 ・ 保 険 者	事業所所在地 〒 123-4567 名古屋市中村区椿町3
	事業所名称 〇〇〇〇信用組合
	保険者名称 しんくみ東海北陸健康保険組合

申込書作成上の注意

- この申込書を当健康保険組合へご提出ください。ご提出は事業所経由でも結構です。
- 自署の場合、押印は不要です。
- 受診希望種別については、希望する種目に○を記入してください。
- 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。
- 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。
- この様式は、**契約医療機関分**となります。
- 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。
- 事業所控の送付はありません。

健康保険 記号番号	1234	56			
健診希望被扶養者氏名 (フリガナ)と生年月日	性別	受診希望種別	健診実施日時	備 考	
ケンコウ ハナコ	女	<input type="radio"/> 人間ドック健診	R6.5.5		
健康 花子		<input type="radio"/> 婦人科健診	R6.5.5		
		<input type="checkbox"/> 脳ドック健診			
		<input type="checkbox"/> PSA検査			
昭和62年5月5日		<input type="radio"/> 喀痰検査	R6.5.5		