

〈健保提出用〉

令和 8 年度

被扶養者用 人間ドック健診 等申込書
脳ドック・婦人科健診健診

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 | 中日病院 |

| | |
|---|------------------------------------|
| 被 保 険 者 | 住所 〒 123-4567 愛知県〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | 氏名 健康 太郎 ㊞ |
| | 電話 000-0000-0000 |
| 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3-21 |
| | 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。
- 婦人科健診の実施は、30歳以上の女性が対象となります。
- 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)の実施は、50歳以上の男性が対象となります。
- 喀痰検査の実施は、40歳以上の方が対象となります。
- 骨粗しょう症検診の実施は、30歳以上の偶数年齢の女性が対象となります。
- 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 | 性別 | 受診希望種別 | 健診実施日 | 備 考 |
|---------------------------|-----------------------------------|----|----|-------------------------------|--------|-----|
| 健診希望被扶養者氏名 (フリガナ)と生年月日 | ケンコウ アコ | | 女 | <input type="radio"/> 人間ドック健診 | R8.6.1 | |
| 健康 亜子 | <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51年5月1日 | <input type="radio"/> 骨粗しょう症検査 | | | | | |