

契約外医療機関分

令和 6 年度

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

<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	名古屋市中村区椿町3
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3-2
	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、契約外医療機関分となります。
- 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。
- 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	ケンコウ ハナコ	健康 花子	性別	受診希望種別	健診実施日時	備考
			女	<input type="radio"/> 人間ドック健診	R6.5.5	
				<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		
				<input type="radio"/> 喀痰細胞診検査	R6.5.5	
		昭和62年5月5日				