

契約外医療機関分

令和 8 年度

任意継続被保険者用 人間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	〇〇病院

住所	〒	123-4567
	愛知県〇〇〇〇〇〇〇〇	
被保険者氏名・印	信組 次郎 ⑩	

記号	9001	健診希望被保険者 氏名と生年月日	性別	健診希望被保険者住所 自宅電話番号	人間ドック	オプションの有無					健診実施日	備考	
						婦人科健診		脳ドック 検診	前立腺がん 健診 (PSA)	喀痰検査			骨粗しょう 症 検査
						乳がん	子宮がん						
健保 番号	12	信組 次郎 昭和三十八年六月一日	男	愛知県〇〇〇〇〇〇〇〇〇 000-0000-0000	○			○	○	○		R8.9.1	

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. 自署の場合、押印は不要です。
3. 婦人科健診の実施は、30歳以上の女性が対象となります。
4. 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。
5. 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。
6. 喀痰検査の実施は、40歳以上の方が対象となります。
7. 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。
8. この様式は、契約外医療機関分となります。
9. 請求の際、以下の事項について同意の上申し込みをしてください。
※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て提出すること。
※健診結果について当健康保険組合から医療機関へ照会・回答を受理すること。
10. 控の送付はありません。