

契約外医療機関分

令和 6 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3-2
	名称	〇〇〇〇〇病院

住所	〒	123-4567
	名古屋市中村区椿町3	
被保険者氏名・印	健康 太郎 印	

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	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	9876	健康 太郎 昭和61年4月2日	男	名古屋市中村区椿町3 052-123-4567			有		R6.5.1	

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.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。
- 4.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。
- 5.この様式は、契約外医療機関分となります。
- 6.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。
- 7.控の送付はありません。