

# 健診補助利用申込書

□には✓をいれてください。

申込責任者	被保険者証の記号番号(第二種組合員は記入不要) 医 -	氏名
	連絡先電話番号 □ 自宅 □ 職場 ( )	書類送付先 □ 自宅 □ 職場

## 人間ドック・脳ドック（脳ドック単独の方は⑤～⑧の記入は不要です。）

（資格取得届出日より180日を経過した満40歳以上の方が対象。）

① 記号番号	医 -	① 記号番号	医 -
② 氏名		② 氏名	
③ 健診機関名		③ 健診機関名	
④ 予約日	年 月 日 ( )	④ 予約日	年 月 日 ( )
⑤ 胃検査	□ 経口カメラ □ 経鼻カメラ □ 透視 □ しない	⑤ 胃検査	□ 経口カメラ □ 経鼻カメラ □ 透視 □ しない
⑥ 前立腺がん検査	□ する □ しない	⑥ 前立腺がん検査	□ する □ しない
⑦ 子宮がん検査	□ する □ しない	⑦ 子宮がん検査	□ する □ しない
⑧ 乳がん検査	□ マンモ(2方向) □ マンモ(1方向) □ 乳腺超音波 □ しない	⑧ 乳がん検査	□ マンモ(2方向) □ マンモ(1方向) □ 乳腺超音波 □ しない
⑨ 脳ドック	□ する □ しない	⑨ 脳ドック	□ する □ しない

## 健康基本検査（検査費用を一万円まで補助します。）

記号番号	利用者氏名	記号番号	利用者氏名
医 -		医 -	
医 -		医 -	
医 -		医 -	

## 特定健診（S18.4～S54.3生まれの方が対象。S18年生で75歳に到達された方は対象外。無料です。）

記号番号	利用者氏名	記号番号	利用者氏名
医 -		医 -	

## 婦人科検診（資格取得届出日より180日を経過した方が対象。）

記号番号	医 -	記号番号	医 -
氏名		氏名	
健診機関名		健診機関名	
予約日	年 月 日 ( )	予約日	年 月 日 ( )
子宮がん検診	□ する □ しない	子宮がん検診	□ する □ しない
乳がん検診	□ マンモ(2方向) □ マンモ(1方向) □ 乳腺超音波 □ しない	乳がん検診	□ マンモ(2方向) □ マンモ(1方向) □ 乳腺超音波 □ しない

## 歯科健康診査（無料です。）

記号番号	利用者氏名	記号番号	利用者氏名
医 -		医 -	