

健診補助利用申込書

□には✓をいれてください。

所属医療機関名		申込責任者	
			書類送付先 □ 自宅 □ 所属医療機関

人間ドック（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 ー	① 記号番号	医 ー
② 氏名		② 氏名	
③ 連絡先電話番号	ー ー	③ 連絡先電話番号	ー ー
④ 健診機関名		④ 健診機関名	
⑤ 予約日	年 月 日 ()	⑤ 予約日	年 月 日 ()
⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> しない	⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> しない
⑦ 前立腺がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	⑦ 前立腺がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑧ 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	⑧ 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑨ 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	⑨ 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない

健康基本検査（検査費用を1万円まで補助します。）

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

特定健診（S21.4～S57.3 生まれの75歳未満の方が対象。無料です。）

記号番号	利用者氏名	記号番号	利用者氏名
医 ー		医 ー	

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 ー	記号番号	医 ー
氏名		氏名	
連絡先電話番号	ー ー	連絡先電話番号	ー ー
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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	子宮がん検診	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
乳がん検診	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	乳がん検診	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 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 ー		医 ー	