

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	送付先 <input type="checkbox"/> 所属医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅
---------	-------	--

【お願い】経費節減のため、送付先はできるだけ「所属医療機関」をご指定くださいますようお願いいたします。

◎人間ドック（受診日時点で、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。）

◎歯科健康診査（無料です。）

① 記号番号	医 - -	医 - -	医 - -
② 氏名			
③ 連絡先電話番号			
④ 健診機関名			
⑤ 受診日	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ
	<input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> しない	<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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<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"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)	<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	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない
歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

① 記号番号	医 - -	医 - -	医 - -
② 氏名			
③ 連絡先電話番号			
④ 健診機関名			
⑤ 受診日	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ
	<input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> しない	<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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<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"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)	<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	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない
歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要