

健診補助利用申込連絡書

□には✓をいれてください。

申込責任	被保険者証の記号番号 (第二種組合員は記入不要) 医 ー	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。自己負担額は25頁をご覧ください。)

1. 記号番号	医 ー	1. 記号番号	医 ー
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	□経ロカメラ □経鼻カメラ □透視 □しない	5. 胃検査	□経ロカメラ □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. 子宮がん検診	□する □しない	7. 子宮がん検診	□する □しない
8. 乳がん検診	□乳腺エコー □マンモ(1方向) □マンモ(2方向) □しない	8. 乳がん検診	□乳腺エコー □マンモ(1方向) □マンモ(2方向) □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 ー		医 ー	
医 ー		医 ー	
医 ー		医 ー	

○ 特定健診 (S17.4～S53.3 生まれの方が対象 (S17年生で75歳到達の方は対象外。無料です。))

記号番号	利用者氏名	記号番号	利用者氏名
医 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	
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	□乳腺エコー □マンモ(1方向) □マンモ(2方向) □しない	乳がん検診	□乳腺エコー □マンモ(1方向) □マンモ(2方向) □しない

○ 歯科健診 (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	