|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事  長瀬産業健康保険組合 行  FAX：０６－６５３５－２４８６ |  | 事務長 |  | 係 |  |

**特定健診申込書**

No

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診内容に○ | Ａ．集合契約 | | | Ｂ．人間ドック等 | | | | Ｃ．パート先等の  健 診 結 果 | |
|  | | | **「問診票2025」 も一緒にお送り下さい** | | | | | |
| 会社名 |  | | | | | | | | |
| 保険証記号 |  |  |  | | 番 号 |  | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　　　―  電話（　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | |
| 受診決定日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| 医療機関名 | 予約時の電話番号  　　　－　　　－　　　　　　　　　　　担当者 | | | | | | | | |
| 追加検査項目 | ◇追加しない  ◇オプション追加した検査にチェック  　　□子宮頚部細胞診　 □マンモグラフィ　　□乳腺超音波  □その他  ◇がん検診は自治体の健診（無料ｸｰﾎﾟﾝ）を利用した（または利用する予定）  （胃がん・肺がん・大腸がん・子宮がん・乳がん） | | | | | | | | |

**申込書は必ず受診日の１０日前までに健保にご提出下さい**

* 40～75歳未満の被扶養者・被保険者(任意継続の方のみ)が対象です。
* A.集合契約 またはB.人間ドックの受診は、12月31日までにお願いします

（12月31日までに申込・受診した被扶養者の方がﾏｲﾍﾙｽｳｪﾌﾞﾎﾟｲﾝﾄの付与対象）

* 検査結果については、健康指導のため健康保険組合にて管理いたします。