|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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2024」 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。