

人間ドック利用申込書

平成 年 月 日

被保険者証の記号		被保険者証の番号				
事業所名		所属部課				
ふりがな	※ 被保険者名と続柄は受診者が被扶養者の場合記入下さい					
受診者氏名		被保険者名		続柄		
生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	性別	男・女	年齢	歳
自宅の電話番号	() -		内線 連絡先			
ふりがな	〒 -					
住所						
希望医療機関名						
希望日	第一希望	平成	年	月	日	(曜日)
	第二希望	平成	年	月	日	(曜日)
	第三希望	平成	年	月	日	(曜日)
	第四希望	平成	年	月	日	(曜日)
健診実施日	平成 年 月 日 (曜日)					

☆ 人間ドック・レディースドック・PET健診・脳ドックのいずれかを同一年度内に1回受診できます。

以下の検査について希望する場合はそれぞれ○印を記入下さい。

◇ 胃 の 検 査 … バリウム ・ 胃カメラ

※ バリウムと胃カメラの選択ができる場合に記入下さい。

※ 一部医療機関で、胃カメラを希望した場合、別途費用が発生します。ご注意ください。

【男性オプション (健保負担)】

◇ P S A 検 査 (血液検査による前立腺がんの検査) … 希 望 す る ・ 希 望 し な い

【女性オプション (健保負担)】

◇ 子 宮 頸 が ん 検 査 … 希 望 す る ・ 希 望 し な い

◇ 乳 が ん 検 査 … マンモグラフィー検査 ・ 乳房エコー (超音波) ・ 希 望 し な い

※ マンモ又は超音波検査に視触診がセットになっている医療機関が一部あります。

健診結果は受診者の健康管理のため、健康保険組合でも保管することに同意します。

受診者署名

健保記入欄 年 月 日