

委託契約健診申込書

健診希望医療機関名					
医療機関コード		健診希望月	月		
健康保険の記号	事業所名称				
	本社担当者	電 話			
本・支店情報	申込みをする本・支店名				
	所在地	〒			
	現地担当者				
	電 話		FAX		
申込内訳	年度 申込人数	定期基本健診	被保険者	名	備 考
			被扶養者	名	
		☆ 34歳以下血液検査を希望する方	被保険者	名	
			被扶養者	名	
		34歳以下、36～39歳心電図・腹囲計測を希望する方	被保険者	名	
			被扶養者	名	
		消化器基本健診	被保険者	名	
			被扶養者	名	
		大腸がん健診※	被保険者	名	
			被扶養者	名	
		骨密度検査※ (女性)	被保険者	名	
			被扶養者	名	
		腹部エコー検査※	被保険者	名	
			被扶養者	名	
眼底検査※	被保険者	名			
	被扶養者	名			
眼圧検査※	被保険者	名			
	被扶養者	名			
PSA検査※ (男性)	被保険者	名			
	被扶養者	名			
子宮頸がん健診 (女性)	被保険者	名			
	被扶養者	名			
乳房健診※ (女性)	被保険者	名			
	被扶養者	名			
脳健診※ (50歳以上)	被保険者	名			
	被扶養者	名			

- ☆印の検査は、定期基本健診・特定健診と一緒にのみ申込みができます。
- ※大腸がん健診、骨密度検査、腹部エコー検査、眼底検査、眼圧検査、PSA検査、乳房健診、脳健診の健診費用のうち、当健保組合が定める検査項目上限額を超えた料金は自己負担となります。
- 記載内容に変更がある場合は、訂正をして「委託契約健診受診予定者名簿」と併せて再度お送りください。
- 各医療機関により、健診項目、対象年齢、料金の支払方法など、取扱いが異なりますので詳しくは各医療機関へ直接お問合せください。