

委託契約健診受診予定者名簿

医療機関名		医療機関コード	
事業所名称		健康保険の記号	
本・支店名		受診希望月	

☆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。 ※35歳の被保険者には、定期基本健診時に心電図検査・腹囲計測を実施します。		希望する受診項目に○印をつけてください。											●すでに申込みをした名簿を使って、受診者を追加申込みする場合は、追加する方の備考欄に、提出日と「追加」の文字を記入してください。				
		定期基本健診・特定健診	血液検査希望者	☆ 心電図・腹囲計測の希望者	消化器基本健診	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	子宮頸がん健診			乳房健診	脳健診	34歳以下
健康保険の番号	受診者氏名															本年度健診年齢	備考
1	扶																
2	扶																
3	扶																
4	扶																
5	扶																
6	扶																
7	扶																
8	扶																
9	扶																
10	扶																
11	扶																
12	扶																
13	扶																
14	扶																
15	扶																

管工業健康保険組合

- 健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢をご記入ください。
- 被扶養者の申込みの場合、保険証番号欄の「扶」に○をつけてください。
- すでに申込みされている方で、受診項目の追加を希望される場合は、「委託契約健診受診予定者名簿」に追加する健診項目のみ「○」をつけてください。
- 各医療機関により、健診項目、対象年齢、料金の支払い方法など、取扱いが異なりますので詳しくは各医療機関へお問合せください。