

生活習慣病予防健診申込書

この申込書は、全国健康保険協会被保険者(ご本人)様が対象です。年度内お一人様1回に限り、保険者より健診費用の一部補助があります。

事業所所在地

| |
|-----|
| 〒 - |
| |

事業所名称

| |
|-------|
| 担当者名 |
| 電話番号 |
| FAX番号 |

※ 健診費用の支払方法について、下記のいずれか○で囲みください。

会社請求 / 窓口支払

| | |
|---------------------|------------------|
| 健康保険被保険者証の 保険者番号 | 健康保険被保険者証の 記号 |
| | |

| 被保険者証 番号 | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 | 希望する健診を○で 囲んでください | | | | 一般健診と併せて受診されたいオ プションを○で囲んでください | | | 健診を受ける日 | | 一般健診 の胃検診 | | 人間ドック振替(胃検診選択) ※一般健診分の補助あり | | | | 34歳以下 補助なし |
|-------------|------------|-----|--------------|----------------------|-----------------|----------|-----------|-----------------------------------|-------------|-------------|---------|-----|--------------|---|-------------------------------|----|-----|-----|------------------|
| | | | | 一般健診 | 子宮頸がん 検診(単独) | 付加 検診 | 乳がん 検診 | 子宮頸がん 検診 | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | | |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |
| | | 男・女 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | 令和 年 月 日 | 透視 | 胃なし | A | B | C | D | 透視 | カメラ | 成人病 ・ 健康診断 |

〈記入上の注意〉

- ① 全国健康保険協会富山支部様の発行する「生活習慣病予防健診のご案内」をよくお読みになり、受診要件(年齢)等をご確認ください。
- ② 一般健診で行う胃検診は胃部レントゲン検査(胃透視)のみです。人間ドック振替により胃カメラを選択出来ますが、予約時にお申出ください。
- ③ 34歳以下(補助なし)の方には「成人病」26,345円(税込)が一般健診と同じ内容です。他にも労働安全衛生規則に準ずる「健康診断」15,455円(税込)があります。
- ④ 受診予約可能日は、事前に以下へお問い合わせください。複数名が受診される場合はお手数でもファックス又はメールでお申込みください。

〈問合せ先〉

黒部市民病院健康管理センターにファックスまたはメールでお願いします。 〒938-8502 黒部市三日市1108-1 問合せ TEL0765-56-7232
E-mail kurobedoc@med.kurobe.toyama.jp FAX0765-54-2895