

# 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