

# 婦人健診受診申込書 (35才以上対象)

50歳以上で胃部レントゲン検査を希望する方は、付加検査に○してください。

事業所名			健康保険被保険者証の記号・番号	記号	番号
受診者氏名	(フリガナ)		被保険者	生年月日	昭和 年 月 日
			被扶養者		
受診者住所	〒	<input type="text"/>	電話 ( ) -		
健診機関名					
付加検査 (胃部レントゲン検査)	受ける ・ 受けない		50歳以上の希望者は受診することができます。但し、一部負担金1,500円追加願います。(間接撮影法の場合1,000円安くなります。)		
健診日	第1希望	令和 年 月 日 (曜日)	備考欄		
	第2希望	令和 年 月 日 (曜日)			
健康保険組合 使用欄	決定日	令和 年 月 日 (曜日)			
備考					

※50歳以上の方で胃部レントゲン検査を希望される方は、付加検査欄に○印をつけてください。婦人健診の一部負担金は、通常4,000円ですが、胃部レントゲン検査を受ける場合、5,500円となります。(健診機関が間接撮影法の場合、1,000円安くなります)

- ※ 健診結果報告書は、健診機関から受診者と健康保険組合に送付されます。また、健康保険組合が取得した健診結果にもとづき、40歳以上の方を対象に特定保健指導を実施する場合があります。
- ※ 健診日は第1希望・第2希望ともご記入ください。なお、健診機関に直接連絡されて健診日が確定の場合は、健診日を第1希望日欄に記入の上、備考欄に「予約済み」とご記入ください。
- ※ 同一年度(4月から翌年3月)に、[人間ドック] [節目健診] [基本健診][婦人健診][特定健診]の内で2以上の健診を受けられた場合、重複する検査は実費扱いとなりますのでご注意ください。