

婦人健診受診申込書

(35歳以上39歳までの女性被扶養者対象)

当年度(翌年3月31日時点)での年齢が対象となります。

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 (被扶養者)	(フリガナ)		性別 女	生年 月 日 昭和 平成	年 月 日
受診者 住所	〒		電 話 () ー		
健診機関名					
健診費用	4,000円		当組合が健診機関と契約した検査項目以外のオプション検査は、実費負担となります。		
健診日	令和 年 月 日 (曜日)			予約 済 欄	予約済
※必ず健診機関に事前予約した上での健診日を記載下さい					
備考					

- ※ 健診機関に直接連絡し、健診日が確定したら健診日欄に記入の上、当組合までFAXもしくは郵送にてご連絡ください。
- ※ 健診機関の連絡時に任意での変更がない場合、乳がん検査は40歳未満は乳房エコー検査での受診となります。変更時備考欄にご記入ください。
- ※ 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、特定保健指導を実施する場合があります。