

節目健診申込書

事業所名				健康保険被保険者証の記号・番号	記号	番号
被保険者氏名	(フリガナ)			男 女	生 年 月 日	昭和 年 月 日
被保険者住所 又は 事業所所在地	〒	□	□	□	□	□
電 話 () —						
健診機関名						
健診日	決 定 日	令 和 年 月 日 (曜 日)				備 考 欄
	※必ず健診機関に事前予約した上での決定日を記載下さい					
婦人科検査	1 受ける 2 受けない					

- ※ 受診案内等を事業所へ送付希望の場合は事業所所在地をご記入ください。
- ※ 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。
- ※ 健診機関に直接連絡し、健診日が確定したら健診日を決定日欄に記入の上
当組合までFAXもしくは郵送にてご連絡ください。
- ※ 女性の方は、婦人科検査の受診について○印でご回答ください。
- ※ 同一年度(4月から翌年3月)に同じ方が、[人間ドック]を受けられた場合、節目
健診は実費扱いとなりますのでご了承ください。
今年度すでに[基本健診]を受けられた方で、胃部レントゲン、便潜血検査及び
婦人科検査(女性のみ)を受けていない場合は、これらの検査と腹部超音波
検査が補助の対象となります。

大阪菓子健康保険組合
FAX 06-6763-3500