

健康診断申込用紙

当会記入欄

申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

※保険証枝番のご記入は不要です。

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		日東電工健康保険組合 [39歳以下]			2024年	1029・12054 ※保健会確認用。記入不要です。					
保険証の記号・番号		記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	被保険者から みた続柄
受 診 者	フリガナ								性別	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 2 被扶養 配偶者
	氏名 (保険証の記載氏名)									<input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢	歳	※2025年(来年)3月31日時点 の年齢をご記入ください		
	住所	郵便番号	-			都道府県					
	市区郡町名										
	番地 マンション名など										
連絡先	電話	-			-						
	日中連絡先	-			-						

■巡回型健診をご希望の方は、以下に第一～第三までの会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください。

※男性の方は、「健康診断会場一覧」の男性受診可能会場に●印のある会場・日程のみご利用いただけます。

	実施会場コード	会場名	希望日
第一希望	<input type="text"/>		月 日
第二希望	<input type="text"/>		月 日
第三希望	<input type="text"/>		月 日

■施設型健診(指定医療機関)をご希望の場合の方は以下にコード・指定医療機関名を必ずご記入ください。

医療機関コード	<input type="text"/>	指定医療機関名	
---------	----------------------	---------	--

■オプション検査項目(ご希望の検査の□に✓印をつけてください)

※いずれの検査も会場・医療機関によりましては実施できない場合がございます。「健康診断会場一覧」をよくご確認のうえ、お申し込みください。

	項目名	コード	対象
<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法)	301	女性
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法)	302	
<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診)	402	