

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 [40歳以上] | | | 2024年 | 1028・12060・12357 ※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 type="checkbox"/> 1 任継本人 |
| | 氏名 (保険証の記載氏名) | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 2 配偶者 |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 日 | <input type="text"/> | 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 | <input type="text"/> | — | | | | 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 | <input type="text"/> |
|---------|----------------------|---------|----------------------|

■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"/> | 胃部X線撮影法 | 200 | 全員 |
| <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 | 男性 |
| <input type="checkbox"/> | 前立腺検査(血液検査) | 921 | |