

受診機関への予約が完了してから
組合へご提出ください

健診(簡易生活習慣病・生活習慣病・婦人生活習慣病)申込総括書

		倉庫業健康保険組合(組合コード13452)	
健診機関名	事業所記号	事業所名	事業場名(本・支店・営業所)
〇〇〇クリニック	〇〇〇	〇〇〇〇株式会社	〇〇〇営業所
健診種別	事業場(本・支店・営業所)所在地		担当者
<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病健診(A2) <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(B) <input type="checkbox"/> 婦人生活習慣病健診(B1)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都江東区富岡〇〇-〇〇-〇〇 (電話番号) 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 (FAX番号) 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇		(健保委員) 〇〇 〇〇 (事業場担当者) 〇〇 〇〇
希望する実施方法	受診資料(健康診断受診録)の送付先		一部負担金支払い方法
<input type="checkbox"/> 健診機関での受診 <input type="checkbox"/> 健診車による事業場巡回健診 (実施希望時期) 月頃	<input type="checkbox"/> 上記事業場所在地 <input type="checkbox"/> その他 (送付先)		<input type="checkbox"/> 受診日に健診機関の窓口で精算 <input type="checkbox"/> 請求書による事業所一括精算 (送付先)
【備考】			

【申込書記載における注意事項】

- 健診お申し込みの際は、希望健診機関ごとに、本紙と併せて健診申込書様式②-2・3・4「健診申込者名簿」を健診種別ごとに作成し、組合にご提出ください。
- 上記の必要項目すべてご記入いただき、健診種別欄・希望する実施方法・受診資料の送付先・一部負担金支払方法についてはご希望の項目に☑チェックをしてください。
- 部外者(当健保組合未加入者)も含めて健診を実施する場合の申し込みについては、「健診申込者名簿」の番号欄に「部外者」とご記入ください。
なお部外者の受診にかかる費用は全額自費扱いとなります。
- 本申込書は、簡易生活習慣病健診首都圏巡回健診、会場別婦人生活習慣病健診の申し込みには使用できません。

【実施健診機関へのお願い】

貴施設と当組合の契約に基づく健診について、上記のように申し込みます。また、健診実施に係る事務処理については、以下の通り処理していただきますようお願いいたします。

1. 受診資料(健康診断受診録)については上記の受診資料送付先に送付願います。
2. 健診実施後、個人ごとの一部負担額につきましては受診者名簿の一部負担額欄でご確認ください。
また、徴収方法につきましては上記の「一部負担金支払い方法」欄をご参照いただき、ご対応いただきますようお願い申し上げます。
3. 婦人生活習慣病健診(B1コース)の子宮細胞診検査につきましては、原則施設健診の場合は医師採取法、巡回健診の場合は自己採取法でお願いします。
4. 部外者(当健保組合未加入者)の受診にかかる費用は全額自費扱いとし、受診者又は事業所へ全額ご請求ください。
5. その他ご不明な点がありましたら組合までご連絡ください。

倉庫業健康保険組合 保健事業課 ☎03(3642)8436

(受付日付印)

受診機関への予約が完了してから
組合へご提出ください

簡易生活習慣病健診(A2)申込者名簿(対象 全年齢の男性・女性)

【一部負担額：3,000円】

記号	〇〇〇	医療機関名 <u>〇〇〇クリニック</u>			(事業所名) <u>〇〇〇株式会社</u>		
		※健診機関名を必ずご記入下さい			(本・支店・営業所名) <u>〇〇〇営業所</u>		
番号	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	予約日	備考(オプションなど)	組合記入欄
〇〇〇	ケンボ タロウ 健保 太郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	〇月〇日 〇〇:〇〇~		
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
申込者数合計		〇〇 人	男 〇 人 女 人	本人 〇 人 家族 人			

倉庫業健康保険組合

(受付日付印)

※健診申し込みの際は本書と併せて、健診申し込み様式②-1の健診申込総括書を作成のうえ組合にご提出ください。

※記入欄のうち選択肢のものはいずれかに☑チェックしてください

【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のため、組合及び健診機関において使用することとします。

受診機関への予約が完了してから
組合へご提出ください

生活習慣病健診(B)申込者名簿(対象 35歳以上の男性・女性)

【一部負担額：5,000円】

記号	〇〇〇	医療機関名 〇〇〇クリニック				(事業所名)	〇〇〇〇株式会社		
		※健診機関名を必ずご記入下さい				(本・支店・営業所名)	〇〇〇営業所		
番号	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	消化器(胃)(注) 1つ必ずチェックをいれてください	予約日	備考(オプションなど)	組合記入欄	
〇〇〇	ケンボ タロウ 健保 太郎	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	〇月〇日 〇〇:〇〇~			
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
		昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない				
申込者数合計		〇〇 人	男 〇人 女 人	本人 〇人 家族 人					

倉庫業健康保険組合

※健診申し込みの際は本書と併せて、健診申し込み様式②-1の健診申込総括書を作成のうえ組合にご提出ください。

※記入欄のうち選択肢のものはいずれかに☑チェックしてください

注 ABC検診(胃がんリスク検査)とは、ペプシノーゲン検査、ヘリコバクター・ピロリ検査を両方実施する検査です。

ABC検診およびペプシノーゲン単独検査を選択した場合、医師、健診機関の判断により実施できない場合があります。

【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のため、組合及び健診機関において使用することとします。

(受付日付印)

受診機関への予約が完了してから
組合へご提出ください

婦人生活習慣病健診(B1)申込者名簿(対象 35歳以上の女性)【一部負担額：6,500円】

下記申込者は、全て子宮細胞診(医師採取)を希望します。

記号	〇〇〇	医療機関名	〇〇〇クリニック		(事業所名)	〇〇〇〇株式会社		
			※健診機関名を必ずご記入下さい		(本・支店・営業所名)	〇〇〇営業所		
番号	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	消化器(胃)(注1) 1つ必ずチェックをいれてください	乳房(注2) 1つ必ずチェックをいれてください	予約日 (その他備考)	組合記入欄
〇〇〇	ケンボ ハナコ 健保 花子	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	女	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input checked="" type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input checked="" type="checkbox"/> マンモ	〇日〇日 〇〇:〇〇 (エコーオプション)	
		昭和 年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> マンモ		
		昭和 年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> マンモ		
		昭和 年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> マンモ		
		昭和 年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> マンモ		
		昭和 年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> マンモ		
		昭和 年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> マンモ		
		昭和 年 月 日	女	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 受けない	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> マンモ		
申込者数合計			〇〇 人	本人 〇 人 家族 〇 人	注1 ABC検診(胃がんリスク検査)とは、ペプシノーゲン検査、ヘリコバクター・ピロリ検査を両方実施する検査です。また、消化器(胃)の検査は、医師、健診機関の判断により実施できない場合があります。 注2 エコー、マンモと併せて乳房視触診を実施する場合、乳房視触診代はオプション(別途負担)となります。			倉庫業健康保険組合

※子宮細胞診をキャンセルする場合は、備考欄にその旨ご記入ください

※健診申し込みの際は本書と併せて、健診申し込み様式②-1の健診申込総括書を作成のうえ組合にご提出ください。

※記入欄のうち選択肢のものはいずれかに☑チェックしてください

【個人情報の取り扱いについて】

申込書の記載事項及び健診結果については、以後の健診を円滑に実施するため及び健康管理・健康水準向上対策の活用のためのみ、組合及び健診機関において使用することとします。

(受付日付印)