

健保会館 簡易生活習慣病健診・生活習慣病(女性)健診 申込書

(任意継続被保険者用)

記号	2000								
番号	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	受診希望健診コースおよび 一部負担金	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	受診希望日	
〇〇〇	ケンポ 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	<input checked="" type="checkbox"/> 簡易生活習慣病健診(A2) 3,000円 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(B) 5,000円 <input type="checkbox"/> 女性生活習慣病健診(B1) 6,500円	<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		
〇〇〇	ケンポ ハナコ 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病健診(A2) 3,000円 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(B) 5,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 女性生活習慣病健診(B1) 6,500円	<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 checked="" type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 受けない		
〇〇〇	ケンポ ジロウ 健保 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 簡易生活習慣病健診(A2) 3,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病健診(B) 5,000円 <input type="checkbox"/> 女性生活習慣病健診(B1) 6,500円	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン <input checked="" 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		
合計	〇人	本人 〇人 家族 〇人	男 〇人 女 〇人						

※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(該当しないものは空欄)

注1 生活習慣病健診(B)および女性生活習慣病健診(B1)コースをお申込の方はチェックをいれてください。
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、ABC検診およびペプシノーゲン単独検査は、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 女性生活習慣病健診(B1)コースをお申込の方はチェックをいれてください。

住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
被保険者氏名	〇〇 〇〇

(受付日付印)

【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。

倉庫業健康保険組合(組合コード13452)
〒135-0047東京都江東区富岡2-11-12
TEL03-3642-8436 Fax03-3642-2100