

# 人間ドック利用申込書【35歳以上(平成2年4月1日以前に生まれた方)】

被扶養配偶者用

夫婦で同じ日・同じ病院で申し込む方は、希望する番号に○を記してください。

- 夫婦で同じ日・同じ病院で申し込み、必ず一緒に受けたい
- 夫婦で同じ日・同じ病院で申し込むが、やむを得ない場合は別の日でもよい

事業所名				保険証記号・番号	-		
氏名	フリガナ			生年月日			性別
				昭和 平成	年	月	日 ( 歳)
現住所	フリガナ 〒 -						
連絡先電話番号	電話 ( ) - ( )			( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 )			
	*日中に連絡がとれる番号をご記入願います						
被保険者の勤務先	(部課店名)			(役職名)			
希望する病院	*締め切り後の申し込みは希望日に受診していただくことが難しくなります。						
希望する日 <small>(4/1~1/31の間)</small>	第1希望 令和 年 月 日		第2希望 令和 年 月 日		第3希望 令和 年 月 日		
	土曜日を希望される方は平日を1日入れてくださるようご協力をお願いします。						
オプション検査 <small>(希望する項目に○を記してください。その他のオプションを希望する方はその他の欄にご記入ください)</small>	脳ドック	肺ドック	胃カメラ(経口)	胃カメラ(経鼻)	<p>1.2.どちらかに○を打ってください。</p> <p>胃カメラ検査がご希望日に沿えない場合</p> <p>1. 健診希望日を変更する 日中連絡が繋がるように上記「連絡先電話番号」を今一度ご確認ください。連絡のとれない場合健診機関で日程を設定することがありますので後日送付する決定通知書の日程が都合に合わない場合は直接健診機関と調整をお願いします。</p> <p>2. 胃カメラ検査をキャンセルする バリウム検査となります。</p> <p>胃カメラ検査の詳細について</p> <p>1. 各病院ごとに曜日指定があります。 2. 「経口」「経鼻」は病院によって異なりますので、ご確認ください。</p>		
	PSA(前立腺)	乳がん(マンモ)	乳がん(エコー)	子宮がん			
	健診機関によっては受診できない曜日があります。						
	その他のオプション						
※決定 この欄は記入 しないでください。	受診日	令和	年	月	日		

(同意書)

人間ドックの結果は健診機関から事業所および健保組合に通知されます。健保組合は医師や保健師による各種保健指導や委託先へ情報を提供し統計分析を行うなど、皆さまの健康を守るための保健事業に利用します。

上記について同意のうえ、下記に署名(自署)をお願いします。同意がない場合は人間ドックを受診できません。

(記入日) 令和 年 月 日

被扶養配偶者氏名