

・受診希望者は太枠内をご記入のうえ受診日当日に各指定病院に提出してください。

指定病院用申込用紙(病院控)

(令和7年4月1日～令和8年3月31日受診分まで)

家族健診・任継健診指定病院 御中

- ①対象は35歳以上です。(生年月日が1991年4月1日以前)
- ②受診後に「領収書」および「健診結果票」の発行をお願いいたします。
- ③特定健診項目(◎の項目)をすべて受診しないと支給対象外となります。

該当するものに○印をつけてください	1. 被扶養者	2. 任意継続被保険者
-------------------	---------	-------------

被保険者等記号・番号	-	生年月日	年 月 日 (歳)
受診者氏名		電話番号	() -
住所	〒 -		
下記検査項目を参考に希望する健診とガン検診を○で囲ってください。	◎ 特定健診 (すべての項目を受診する必要があります)		
	○ 家族健診・任継健診 (基本健診)		
	△ 胃ガン・大腸ガン・乳ガン・子宮ガン		
市町村のガン検診 (要事前予約)	胃ガン・大腸ガン・乳ガン・子宮ガン (受診券が必要な場合があります)		
※追加したいオプション検査			

当組合で契約している検査項目

診察等	自覚・他覚症状の有無、既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る問診を含む)	◎	特定健診
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲	◎	
血圧	収縮期血圧・拡張期血圧	◎	
肝機能検査	AST・ALT・γ-GTP	◎	
脂質検査	HDL-コレステロール・LDL-コレステロール・中性脂肪	◎	
血糖検査	空腹時血糖・HbA1c	◎	
尿検査	糖・蛋白	◎	
貧血検査	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値	○	家族・任継健診 (基本健診)
心機能検査	心電図	○	
胸部X線検査	直接撮影	○	
視力	視力	○	
聴力	聴力	○	ガン検診
胃ガン検診	胃部X線・胃内視鏡 (注)病院によって検査内容が異なります	△	
大腸ガン検診	便潜血	△	
婦人科検診	子宮頸がん細胞診	△	ガン検診
	マンモグラフィー・乳腺超音波	△	
当組合と契約をしていない場合は自己負担	白血球・総コレステロール・尿酸・血清クレアチニン	□	その他

※上記以外の検査項目を希望する場合は各指定病院に直接お問い合わせください。