健康診断申込用紙

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。

当会記入欄

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称	グ リ コ 健 康 保 険 組 合	2024 年	158 ・ 11305

保険証の記号・番号	記号		番号		被保険者からみた続柄
受診者	フリガナ		性別	□ 男 □ 女	□ 1 任継本人 □ 2 配偶者 □ 3 配偶者以外の家族
	氏名(保険証の記載氏名)				
	生年月日	□ 昭和 □ 平成 年 月 日	年齢	歳 ※ 2024 年 4 月 1 日時点の年齢をご記入ください	
	住所	郵便番号 ―	都道府県		
	市区郡町名				
	番地				
	マンション名など				
	電話	― ―			

■巡回型健診(「健康診断会場一覧」をご覧ください。会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください)

※ 男性の方は巡回型健診会場一覧に●印のある男性受診可能会場、または施設型健診(指定医療機関)にてご受診ください。

	会場コード	会場名	希望日
第一希望			月 日
第二希望			月 日
第三希望			月 日

■施設型健診をご希望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		指定医療機関名	

■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)

	項目名		コード		項目名	コード
□	乳房検査(超音波検査法)	重複不可	301	□	胃部X線撮影法	200
□	乳房検査(マンモグラフィ法)		302	□	骨粗鬆症検査	601
□	子宮検査(頸部細胞診)		402	□	腹部超音波法 3 臓器(肝胆腎)	801
□	大腸検査(便潜血検査 2 回法)		504	□	肝炎検査(B・C 型肝炎)	902
				□	眼底検査(両眼)	081

※ 乳房検査は超音波検査法とマンモグラフィ法のいずれかを選択してください。重複受診はできません。
※ マンモグラフィ法 1 方向の実施が無い医療機関では、2 方向での実施となります(2 方向不可の場合は 1 方向で実施)。また、医療機関独自の年齢規定がある場合はそちらが優先されます。
※ 検査料金は各医療機関によって異なります。予めご了承ください。
※ 会場・医療機関によっては実施していない検査もございます。「健康診断会場一覧」にて実施の可否をご確認のうえ、お申し込みください。

一般財団法人 京都工場保健会