

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。

※保険証等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						2025年	158	・ 11305				
保険証等の記号・番号		記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	被保険者から みた続柄
受 診 者	フリガナ							性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 1 任継本人				
	氏名 (保険証等の記載氏名)								<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 2 配偶者				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢	歳	※ 2025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	<input type="text"/>		月 日
第二希望	<input type="text"/>		月 日
第三希望	<input type="text"/>		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	<input type="text"/>	指定医療機関名	<input type="text"/>
---------	----------------------	---------	----------------------

■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
<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法)	3 0 1	<input type="checkbox"/>	胃部X線撮影法	2 0 0
<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法)	3 0 2	<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症検査	6 0 1
<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診)	4 0 2	<input type="checkbox"/>	腹部超音波法 3 臓器(肝胆腎)	8 0 1
<input type="checkbox"/>	大腸検査(便潜血検査 2 回法)	5 0 4	<input type="checkbox"/>	肝炎検査(B・C型肝炎)	9 0 2
			<input type="checkbox"/>	眼底検査(両眼)	0 8 1

※ 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。