（申込者→健保組合）

年　　月　　日

健診〔任継〕申込書

保険証	記号	690	被保険者 氏名	所属 （内線）	日本化薬健康保険組合 任　意　継　続	
	番号					
受診者	氏　　名		（フリガナ）	生　年 月　日	西暦　　年 月　　日	歳
	住　　所		〒　　連絡先　TEL			
健診項目・年齢区分・費用負担	1.　一般健診 （35 歳未満） 費用：全額健康保険組合が負担		・身体計測：身長、体重、BMI、腹囲（40 歳以上） ・問診：既往歴、自覚症状、他覚症状等 ・生理学検査：血圧（収縮/拡張期）、心電図（安静時）、胸部 X 線直接撮影、視力、聴力（ｵｰｼﾞｵﾒｰﾀ） ・尿検査：尿糖、尿蛋白 ・血液学検査：ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ値、血色素量〔ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ値〕・赤血球数 ・生化学検査：中性脂肪、HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、LDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GTP ・血糖検査：空腹時血糖または HbA1c どちらか一つ（特定健診項目を含む）			
	2.成人病予防（上記１に加え） （35 歳以上の希望者） 費用：全額健康保険組合が負担		受診の有無(希望項目に〇印) （　）・眼底検査 （　）・生化学検査：尿素窒素(BUN)、血清ｱﾐﾗｰｾﾞ、尿酸(UA) （　）・胃検診(X 線 または 胃カメラ　どちらか〇で囲む) （　）・腹部エコー （　）・大腸検診：便潜血（２回法） （　）・婦人科：乳がん(触診+マンモグラフィ又はエコーどちらか〇で囲む) （　）　　：子宮がん(子宮頚部細胞診／女性 20 歳以上) （　）・前立腺がん(PSA／男性 50 歳以上)			

契約機関を利用	契約医療機関	受診日
		月　　日（　　曜）
	・申込：ご自身で健診機関に予約します（５月～翌年１月までの間で受診願います） ・費用：全額健保組合が負担です。（＊上記項目以外は全額自己負担） ＊ご予約後、本申込書を FAX：050-3737-8280　または、郵送でお送り下さい。 ＊健診結果は、健康保険組合で保管します。	
最寄りの病院を利用	最寄りの医療機関名	受診日
		月　　日（　　曜）
	・申込：ご自身で健診機関に予約します（５月～翌年１月までの間で受診願います） ・費用：窓口で全額立替払いします。（＊上記項目以外は全額自己負担） ・ご受診後、健診結果表、費用明細票、領収書、本申込書を健保組合へ提出します ●**領収書は原本**、コピーは不可　＊宛名は受診者名で発行してください ●健診結果表はコピーで可　　＊全てのページを添付してください ・健保組合は、内容確認後自己負担分を除き、給付金として還付致します。 ＊健診結果は、健康保険組合で保管します。 ＊**健診結果表、費用明細票、領収書の添付がない場合は給付できません。** 健康診断は年１回受診できますが、退職前実施されている方は同一年度内には実施できません。	