

健診〔任継〕申込書

保険証	記号		被保険者	所属	日本化薬健康保険組合	
	番号		氏名	(内線)	任意継続	
受診者	氏名		(フリガナ)	生年 月日	昭和・平成 年 月日	歳
	住所		〒			電話番号
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		<ul style="list-style-type: none"> ・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(オーディオメータ) ・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〔ヘムグロビン値〕・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.生活習慣病健診 /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○印) <input type="checkbox"/> ・眼底検査 <input type="checkbox"/> ・生化学検査:尿素窒素(BUN)、血清アミラーゼ、尿酸(UA) <input type="checkbox"/> ・胃検診(X線 または 胃カメラ どちらか○で囲む) <input type="checkbox"/> ・腹部エコー <input type="checkbox"/> ・大腸検診:便潜血(2回法) <input type="checkbox"/> ・婦人科:乳がん(触診+マンモグラフィ または エコー どちらか○で囲む) <input type="checkbox"/> :子宮がん(子宮頸部細胞診/女性 20歳以上) <input type="checkbox"/> ・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。						