

平成20年 1月10日

健診〔任継〕申込書

事業所名 任継

保険証	記号	690	被保険者氏名 健保 太郎	所属(内線)	日本化薬健康保険組合 任意 継続	
	番号	000000				
受診者	(フリガナ) 氏 名		(フリガナ) 同上	生年 月 日	昭 33・ 3・ 3	45 歳
	住 所		〒 000-0000 さいたま市〇〇区〇〇1-2-3 連絡先 TEL 000-000-000			
健診項目・年齢区分・費用負担	1.一般健診 (35歳未満) ・費用：全額健保組合が負担		・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〔ヘモグロビン値〕・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(特定健診項目を含んでいます)			
	2.成人病予防(上記1に加え) (35歳以上の希望者) ・費用：全額健保組合が負担		受診の有無(希望項目に○印) (○)・眼底検査(両目) (○)・生化学検査：尿素窒素(BUN)、血清アミラーゼ、尿酸(UA) (○)・胃X線間接または直接撮影、胃カメラ (○)・腹部エコー (○)・大腸健診：便潜血(2回法) ()・婦人科：乳がん(触診+マンモグラフィーまたはエコーどちらかを○で囲む) () : 子宮がん(子宮頸部細胞診) (○)・前立腺がん(PSA：男子50歳以上)			
契約機関を利用	契約医療機関名			受診希望日		
	結核予防会 第一健康相談所			2月17日(月曜)		
				2月18日(火曜)		
・申込：本診申込書に記入後、各事業場に提出し、健診機関を予約します(※申込みは1ヵ月以上前に!)。 ・期間：毎年5~11月までの間で受診願います。 ・費用：全額健保組合が負担 上記項目以外は全額自己負担 *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			受診予定日		
				月 日 (曜)		
				月 日 (曜)		
・ご自身で健診機関に予約します(毎年5~11月までの間で受診願います)。 ・費用は、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。 ・受診後、健診結果表、費用明細票、領収書、本申込書に添付して事業場経由で健保組合へ提出します。 ・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。 ・健診結果表、費用明細票、領収書の添付がない場合は給付出来ません。						

※健康診断は1年に1回受診できますが、退職前にお勤め先の事業所で実施されている方は、同一年度内には実施できません。