

人間ドック健診申込書

健診機関予約 未 ・ 済 ・ FAX済

所 属 事 業 所			記 号 ・ 番 号	28 -	
受 診 者 名	ふりがな	生 年 月 日		年 月 日	
	(本 人)				
	ふりがな	生 年 月 日		年 月 日	
	(配偶者)				
受 診 者 住所・電話番号	〒 -		電 話 番 号		- -
受 診 月 日	第1希望	年 月 日 ()	第2希望	年 月 日 ()	
受 診 施 設 名	(健診機関名称)				
胃検診 (いずれかに○を記入) ※受診しない場合は斜線を記入	本 人	バリウム 胃カメラ	配 偶 者	バリウム 胃カメラ	

■オプション検査 (該当箇所に○を記入)

□男性

□女性

1	前立腺腫瘍マーカー (全額健保負担) 〔 P S A (前立腺特異抗原) 〕	2	子宮がん検診 (全額健保負担)
		3	乳がん検診 (マンモグラフィ・エコー・触診)
	※前立腺肥大や前立腺がんを調べる検査	4	骨粗鬆症検診 (補助金対象、別途健保へ請求)

- 乳がん検診は、マンモグラフィ・エコー・触診のいずれかが健保組合負担で受診できます。
人間ドック契約機関一覧表や各健診機関にてご確認ください
- 骨粗鬆症検診は、受診当日、健診機関窓口で実費を支払い、後日、補助金申請をしてください。

※健診機関予約状況の記入 (申込書右上) をお願いします。
※「所属事業所」「記号・番号」「受診施設名」は必ず記入してください。
※ご本人と配偶者 (被扶養者) の受診予約健診機関や受診日が異なる場合は、申込書を別々に記入してください。

※私は、人間ドック健診を申込むに当り、健診結果データを健保組合が健診機関から受領することに同意します。

中電工健康保険組合

ドック受診者の皆様へ

人間ドックの受診は、病気の早期発見、治療や予防と健康の保持・増進に役立てることにあります。
また、年に一度の健診は自分の健康状態を認識するとともに日頃の生活習慣を振り返り、健康にとって
良い点はさらに伸ばし、悪い点は改めるという機会を作ってくれます。
健診結果に基づく特定保健指導等に対しては、真摯な対応をお願いします。

【注意事項】

1. 会社の定期健康診断時に行う「成人健診」と「人間ドック」との重複受診はできません。
2. 受診当日はマイナ保険証等^{*}を持参し、窓口で **10,000円+消費税** をお支払いください。
3. 胃検診 (胃カメラ) 及びオプションについては、健診機関によって受診できない場合もあります。
4. 健康保険組合は受診機関から健診結果を受領し、特定保健指導の必要な受診者に対して、
特定保健指導を委託している専門業者に健診結果を提供しますので、ご了承ください。

※以下のいずれかにより保険資格の確認を受けてください。

- ・マイナンバーカードによるオンライン資格確認 (受診する施設が対応している場合)
- ・マイナポータル保険資格画面の提示
- ・マイナ保険証と資格情報のお知らせの提示
- ・資格確認書