

健康診断申込用紙

当会記入欄

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。

※保険証枝番のご記入は不要です。

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		き ん で ん 健 康 保 険 組 合		2024 年		39・171・244・245 10888・10889・10890・10891	
保険証の記号・番号		記号		番号		被保険者から みた続柄	
受 診 者	フリガナ						☐ 1 本人 [特退・任継]
	氏名 (保険証の記載氏名)						☐ 2 配偶者
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女
	年齢	歳 ※健診日当日30歳未満の方は受診できません				当会確認欄	30歳一備考要コメント
	住所	郵便番号	—		都道府県		
	市区郡町名						
	番地						
連絡先	電話	—					
	日中連絡先	—					
被 保 険 者	勤務事業所名						
	氏名						

■希望会場（「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）

* 会場コード 201、239、280、401、480をご希望の方は会場コード・会場名のみ記入し、希望日は空白で提出してください。

後日、ご自身で健診日を予約していただきます。

* 近畿地区の会場では全日男性の方も受診が可能です(近畿地区以外ではご受診いただけません)。

	実施会場コード	会場名	希望日
第一希望			月 日
第二希望			月 日
第三希望			月 日

■オプション検査項目(ご希望の検査の ☐ にレ印をつけてください)

※会場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」で実施の可否をご確認ください。

※胃部検査・乳房検査はそれぞれの検査方法のいずれか1つを選択してください。重複して受診することはできません。

※京都工場保健会総合健診センター・山科健診クリニック・宇治健診クリニック・神戸健診クリニック・姫路健診クリニックで受診される場合、胃部検査はX線直接撮影法となり、巡回会場の間接撮影法とは料金が異なります。

	項目名	コード		項目名	コード
☐	胃部検査 (胃部X線撮影法)	200	☐	子宮検査 (頸部細胞診)	402
☐	胃部検査 (ペプシノゲン法)	202	☐	大腸検査 (便潜血検査2回法)	504
☐	乳房検査 (超音波検査法)	301	☐	眼底検査	080
☐	乳房検査 (マンモグラフィ法)	303	☐	骨粗鬆症検査	601