

健康診断申込用紙

当会記入欄

* インターネットからお申し込みいただいた方は、この用紙の送付は不要です。

■[必要事項] (もれなく左詰でご記入ください)

* フリガナ・氏名は姓と名の間を1マスあけてください。

健康保険組合の名称		きんでん健康保険組合		2019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] ☐ 2 配偶者 ☐ 3 配偶者以外の家族			
	氏名												
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成		年		月		日		性別	☐ 男性 ☐ 女性		
	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—備考要コメント			
	住所	郵便番号	—		都道府県								
	市郡区町名												
番地													
マンション名など													
連絡先	電話	—		—									
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、401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。後日ご希望日を予約していただきます。

* 男性の方は、近畿地区の男性受診可能会場に●印のある会場よりお選び下さい。(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

■選択検査項目 (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・神戸健診クリニックで受診される場合、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 (X線撮影法)	200	☐ 子宮検査 (医師採取法)	402
☐ 胃部検査 (ペプシノゲン法)	202	☐ 大腸検査 (便潜血2回法)	504
☐ 乳房検査 (超音波検査法)	301	☐ 骨粗鬆症検査	601
☐ 乳房検査 (マンモグラフィ法)	302		

■託児ご希望 ※有料 (お子様1名につき2,000円 (税込) 必要です) ※近畿地区のみです

(「健康診断会場一覧」に★印のある会場のみ、託児を実施しています。)

お子様のお名前	フリガナ	年齢	性別	備考
		歳 月 日	☐ 男 ☐ 女	
		歳 月 日	☐ 男 ☐ 女	

* 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ことは一切ありません。