

健康診断申込書記入上の注意（記入例）

東京文具販売健康保険組合

事業所名	株式会社 ○○○○	
事業所住所	〒 - 事業所住所	
連絡先	電話 ○○○○-○○○○	FAX ○○○○-○○○○
担当者名	○○ ○○	

受診希望健診機関名	○○クリニック	※1 ※2（巡回希望）
-----------	---------	-------------

※1 健保会館受診希望の場合は、『進興会』とご記入ください
 ※2 巡回健診希望の場合は、『巡回希望』の旨もご記入ください

【健診区分】

定期健康診断（A1）・・・年度内 35 歳未満の被保険者

定期健康診断（A2）・・・年度内 35 歳以上の被保険者および被扶養者

No.	被保険者等		フリガナ	対象者	年度内 到達年齢	性別	生年月日		健診区分			婦人科 有・無	受診希望日		オプション
	記号	番号	受診者氏名				S=昭和 H=平成	A1	A2	B	1		2		
1	○○○	○○○	ケンポ ハナ	被・扶	29	男 女	S	9. 05. 23	A1	A2	B		○/○	○/○	血液
			健保 花				H								
2	○○○	○○○	ケンポ ダイスケ	被・扶	38	男 女	S	63. 12. 10	A1	A2	B		○/○	○/○	
			健保 大介				H								
3	○○○	○○○	ケンポ メグミ	被・扶	53	男 女	S	48. 10. 19	A1	A2	B	有	○/○	○/○	
			健保 めぐみ				H								

- ① 別添「契約医療機関一覧表」をご参照のうえ、必要事項を記入して受診医療機関へFAXしてください。
- ② 婦人科検査につきましては、生活習慣病健診（B）受診の女性のみです。希望される方は婦人科有・無欄にその旨をご記入ください。
ただし、巡回健診では受診できませんのでご注意ください。
- ③ 定期健康診断（A1）の受診で血液・心電図等のオプション検査を希望される方は、オプション欄に必ずその旨をご記入ください。
オプション検査は、自費扱いとなります。※定期健康診断（A1）は被扶養者の方は対象外です。
- ④ この用紙は、定期健康診断（A1）（A2）と生活習慣病健診（B）専用の申込書です。

お問い合わせ先：保健施設課 TEL03-3866-7176