

健診施設に予約完了後、健康保険組合ホームページ内の「けんしんWEB」へ入力してください。
※「けんしんWEB」への入力が出来ない場合のみ、こちらの申込書を健康保険組合へ提出ください。

【記入見本】

※必ずチェックを入れてください。

申込日 2023 年 4 月 5 日

人間ドック受診申込書

個人情報の取り扱いに同意します。
(上記チェックボックスには必ずチェックをつけてください。同意できない場合は人間ドックの受診はできません。)
※個人情報の取り扱いについては裏面をご覧ください。

保険証記号	10	保険証番号 (4ケタ+2ケタの数字)	(番号) ×××× (枝番) 00	社員番号 (5ケタの数字)	×××××
被保険者(社員) 人間ドックを受ける方	(フリガナ) ケンポ タロウ	氏名 健保 太郎	事業所名 例：本社、〇〇研究所、〇〇工場など 〇〇研究所 〇〇部		
生年月日	(年度末(3月末時点)の年齢をご記入ください) 1978 年 5 月 24 日 (45 歳)		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先	〒 ××× - ×××× 大阪府〇〇市〇〇-×-×××	E-mail	〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇〇		
予約された 健診施設名	〇〇〇〇病院 健診センター		コース	日帰りドック	
予約日・受付時間	2023 年 6 月 9 日 (金 曜日)		<input checked="" type="checkbox"/> 午前 10 時 00 分 <input type="checkbox"/> 午後 時 分	<input type="checkbox"/> 未定	
検査項目			申込みされた 検査に○を つけてください	個人負担額 個人負担額がある場合は こちらに金額をご記入ください	
基本検査			○		
オプション検査	【呼吸器】	胸部CT ※年齢条件あり	○	¥ 5,500	
	【消化器】	バリウム		○	¥
		胃カメラ (□経口・□経鼻) ←どちらかに □をつけてください		○	¥
		胃カメラ(鎮静剤)			¥
		バリウム・胃カメラ検査なし			¥
		ピロリ菌抗体検査		○	¥
	★オプション検査の年齢は 年度末(3月末時点)の 年齢となります。 (年齢早見表参照) 年齢条件を満たす場合は 健保負担で受診できます。	【前立腺癌】	PSA ※年齢条件あり		¥
	【肝 炎】	HBs抗原 ※年齢条件あり		○	¥
		HCv抗体等 ※年齢条件あり		○	¥
		HBs抗原・HCv抗体等 (セット料金設定あり) ※年齢条件あり			¥
【乳がん】	超音波			¥	
	マンモグラフィ1方向			¥	
	マンモグラフィ2方向			¥	
【子宮がん】	超音波・マンモグラフィ (セット料金設定あり)			¥	
	内診・頸部細胞診			¥	
	内診・超音波			¥	
【その他】	内診・頸部細胞診・超音波 (セット料金設定あり)			¥	
				¥	
基本料金+オプション検査料金等の合計 ★個人負担分は検査当日、窓口でお支払いください				¥ 5,500	

【お願い】 ① 本人確認のため受診当日は保険証をご持参ください。
② 健診機関や予約日を変更した場合は必ず健康保険組合まで連絡してください。