

全国健康保険協会 生活習慣病予防健診申込書

貴社名 _____

申込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※胃の検査は原則未実施とすることは出来ません。

(未実施とすることが認められる理由)

※事業所用結果控が必要な場合、備考欄に記入下さい。

・胃の治療中 ・受診前に他の健診等で胃の検査を受けている

記載がない場合は同意書を送付致しません。

・アレルギーや妊娠中など医学的理由がある ・当日の体調(医師の判断)

保険者番号		保険証記号			希望する健診の種類に○をつけてください						希望する検査に○をつけてください		一般健診と併せて受診を希望する場合に○をつけてください			希望する検査に○をつけてください	備考
保険証番号	フリガナ漢字氏名	生年月日	年齢	性別	健診希望日	一般健診 (35歳未満の若年対象外・未加入者)	一般健診【若年】 (20・25・30歳)	一般健診	節目健診	子宮頸がん (単独)	胃部X線	胃カメラ	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	その他オプション	
9	カ) ガモウ タロウ 蒲生 太郎	昭 ・平 43年 X月 X日		男 ・女	R4年 X月 X日 (木)			○				経口 ・ 経鼻				前立腺がん 肺がん 血管年齢	オプション: 骨密度 第2希望日: 9月中旬
	カ)	昭 ・平 年 月 日		男 ・女	年 月 日 ()							経口 ・ 経鼻				前立腺がん 肺がん 血管年齢	
	カ)	昭 ・平 年 月 日		男 ・女	年 月 日 ()							経口 ・ 経鼻				前立腺がん 肺がん 血管年齢	
	カ)	昭 ・平 年 月 日		男 ・女	年 月 日 ()							経口 ・ 経鼻				前立腺がん 肺がん 血管年齢	
	カ)	昭 ・平 年 月 日		男 ・女	年 月 日 ()							経口 ・ 経鼻				前立腺がん 肺がん 血管年齢	
	カ)	昭 ・平 年 月 日		男 ・女	年 月 日 ()							経口 ・ 経鼻				前立腺がん 肺がん 血管年齢	
	カ)	昭 ・平 年 月 日		男 ・女	年 月 日 ()							経口 ・ 経鼻				前立腺がん 肺がん 血管年齢	

注1: 一般健診(35歳未満の若年対象外・未加入者)は、35歳(年度末)未満・協会けんぽ未加入者の方が対象です。

注2: 一般健診は35歳(年度末)以上の方が対象です。

注3: 子宮頸がん(単独)は、20歳(年度末)以上40歳(年度末)未満のうち、一般健診を受診しない偶数年齢の方が対象です。

注4: 節目健診は、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳(いずれも年度末)の方が対象です。

注5: 乳がん検診は、40歳(年度末)以上のうち、偶数年齢の方が補助の対象です。

注6: 子宮頸がん検診は、一般健診を併せて受診する35歳(年度末)以上のうち、偶数年齢の方が補助の対象です。

注7: 骨粗鬆症検診は40歳(年度末)以上のうち、偶数年齢の女性の方が補助の対象です。

* 蒲生医療センター記入欄*

表 オーダー システム

東近江市蒲生医療センター 健診センター

FAX ▶ 0748-55-8074