

健診・ドック予約済連絡書

- ◎年度内にいずれか1つの受診コース補助になります。重複して受診することはできません。
- ◎予約後なるべく早目にご記入いただき(*該当項目を○で囲む)、受診する日の10日前までに当組合保健事業課宛にFAXまたは郵送でご提出ください。
- ◎受診前に当組合保健事業課までご提出いただけない場合、医療機関に対し補助金含む費用の全額立替払いとなる場合がありますので、ご了承ください。

受診されるあなた自身について	保険証の記号			保険証の番号		
	氏名				性別*	男性 女性
	生年月日	昭和	年	月	日	(歳)
	住所	〒				
	連絡先 日中にご連絡の つきやすい連絡先を いずれか記入	電話	* 自宅・個人携帯(スマホ)・その他			
	FAX	* 自宅・その他				
	E-mail	* 自宅・個人携帯(スマホ)・その他				
予約先(受診先)について	医療機関名				都道府県	
	受診コース*	1. Bコース (生活習慣病予防健診)		2. Dコース (人間ドック)		3. Eコース (特定健診)
	オプション検査	上部消化管 内視鏡 (胃カメラ検査)	ヘリコバクター ・ ピロリ検査	ペプシノーゲン 検査	胃がんリスク 検査 (ABC検診)	クレアチニン ・ eGFR
	受診する日	令和	年	月	日	()曜日
	医療機関に 予約の電話した 日	令和	年	月	日	※予約不要の医療機関の場合は受診する日の欄におおよその受診日をご記入ください。

〔個人情報の取扱い〕 …詳細内容は当組合ホームページでご確認いただけます。

申込書の記載内容および健診等結果は、補助支払、保健事業の企画運営に使用し、他の目的には使用しません。