

常務理事	事務長	担 当	担 当

健診利用申込書（人間ドック・脳ドック・婦人科健診共通）

1	フリガナ	ケンポ ハナコ					
	受診者氏名	健保 花子					
2	受診者の生年月日・性別・続柄	生年	(西 暦)	性別	女	続柄	配偶者
		月日	1970年1月1日				
3	受診者の住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
4	受診者の電話番号	000-0000-0000					
5	健診機関名	〇〇〇〇病院					
6	受診日（西暦） （ご自身で予約ください）	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日					
		【注】補助は4月1日から翌年3月31日までの補助対象年度内1回限り。 各健診種別ごとの補助条件を確認の上、受診予約をお願いします。					
7	健診種別 （該当に○） （脳ドックは45歳以上3年に1度）	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック					<input type="checkbox"/> 一泊人間ドック
		<input type="checkbox"/> 脳ドック（単独）					<input type="checkbox"/> 婦人科健診（単独）
8	人間ドックオプション （該当に○。複数選択可） （右記項目以外は全額自費となります）	<input type="checkbox"/> 脳ドック（45歳以上3年に1度）					<input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ2方向
		<input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ1方向					<input type="checkbox"/> 乳腺エコー
		<input type="checkbox"/> 子宮頸細胞診					<input type="checkbox"/> 喀痰
		<input type="checkbox"/> PSA（50歳以上）					<input type="checkbox"/> オプションなし
9	婦人科健診項目 （該当に○。複数選択可）	<input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ2方向					<input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ1方向
		<input type="checkbox"/> 乳腺エコー					<input type="checkbox"/> 子宮頸細胞診
10	その他連絡事項						

上記の通り、健診利用申込みいたします。

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

川崎汽船健康保険組合 御中

申込者

事業所 〇〇〇〇

所属 〇〇〇〇

被保険者証
記号-番号 123 - 4567

氏 名 健保 太郎