

人間ドック受診補助申込書

(受診予約後に健保までご提出下さい。受診日までにご提出頂けない場合、当日窓口でのお支払いが発生することがございます。)

下表内容にて受診予約を致しましたので、受診補助を申込致します。

太枠内をご記入の上、選択○印を付けてください。

健保へ提出日する日

年 月 日

被保険者	保険証等		被保険者氏名	被保険者の事業所(会社)			
	記号	番号					
受診者	(フリガナ)				性別	男性・女性	
	受診者氏名						
	生年月日		昭和・平成		年	月	日 (年齢 満 歳)
	住所		(〒 -)				
	連絡先	TEL	-	-	FAX	-	-
受診予約内容契約項目	↓ここからは、別紙「オプション一覧表」を参照の上ご記入ください。						
	受診医療機関名						
	検査項目の選択：AかBのコースどちらかに○をつけ、それぞれのコースに付随する検査に○をつけてください(→より右側の検査)						
	A 基本コース (胃あり) →		胃部検査 1つを選択	バリウム		胃カメラ	検査なし
	B 婦人科コース (胃なし) →		基本料金の中にマンモグラフィまたは乳房超音波検査が含まれています。どちらか1つを選択。			マンモグラフィ・乳房超音波	
	追加したいオプション検査にチェックをつける(複数可)						
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> 大腸がん検査 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 体脂肪率							
<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波							
<input type="checkbox"/> その他							
(※オプション名をご記入ください)							
※契約項目のみ記入下さい。契約外の検査は当日窓口清算となります。							
受診日	年		月	日	(曜日)		
予約日	年		月	日	病院へ予約の電話をされた日		

A. 基本コース検査項目

※病院により検査項目が若干異なる場合がございます。詳細は受診医療機関へ直接お問い合わせ下さい。

①医師診察、②身体測定、③眼科検査、④聴力検査、⑤血液検査(肝機能、腎臓、代謝機能の検査等)、⑥尿検査、⑦循環器系検査(心電図、血圧)、⑧呼吸器系検査(胸部X線、肺機能)、⑨消化器系検査(便潜血、バリウムまたは胃カメラ)、⑩腹部超音波検査、⑪婦人科検査(乳房触診、子宮頸がん細胞診)、⑫腫瘍マーカー(CEA、PSA、CA125)

B. 婦人科コース検査項目

※病院により検査項目が若干異なる場合がございます。詳細は受診医療機関へ直接お問い合わせ下さい。

①特定健診の全検査項目(医師診察、身体測定、血液検査、尿検査、心電図、血圧等)、②子宮頸がん細胞診、③乳がん検査(乳房触診、マンモグラフィまたは乳房超音波のいずれか)、④その他【腫瘍マーカー(CA125)、骨密度検査など】

【健診結果の取扱について】

健保の契約医療機関で受診された方の健診結果控えは、ご本人の結果とは別に全て健保へ提出されます。

お預かりしたデータは「プレス工業健康保険組個人情報保護管理規定」に基づき、厳重なる管理を行い、利用目的以外の使用は行いません。

本申込書ご提出の際は、社内便、FAX、郵送にて受付しております。ご不明点等お問い合わせは下記連絡先までご連絡下さい。

プレス工業健康保険組合の連絡先はこちら	TEL: 044-276-3929 FAX: 044-276-3985 〒210-8512 神奈川県川崎市川崎区塩浜1-1-1
---------------------	--

こちらの用紙について、健保から受付のご連絡を希望される方は、電話番号 または メールアドレスをご記入下さい。
(連絡先)