

# 2025年度(R7年度)日帰りドック等利用申込書

同意書

下記の事項について同意のうえ、日帰りドック等の利用を申し込みます。

1. 当健康保険組合が、あなたの受診した健診機関から、あなたの人間ドック等の健診実施結果（以下「健診結果」という）を徴すること。
2. 当健康保険組合が徴した、あなたの「健診結果」を所属事業所の長または安全管理者へ提供すること。
3. 「健診結果」に基づき、当健康保険組合が実施する健診相談・特定保健指導等の保健事業について、事業主及び委託先と連携して実施する場合があること。

※ 太枠内に黒のボールペンでご記入ください

フリガナ				
被保険者氏名				
被保険者証	記号		番号	
社員番号(左詰)				
事業所名				店番
所属部店名				
所属部店TEL	( )		-	
携帯TEL電話	( )		-	

フリガナ				
利用者氏名				
性別	男	・	女	
生年月日(和暦)	昭和・平成	年	月	日
被保険者との続柄	本人・配偶者・被扶養者			
利用者の住所 (検査キット等の送付先)	〒			
	都道府県			市区
	町村			番地
	建物名・部屋番号			
利用者自宅TEL番号	( )		-	
利用者携帯TEL番号	( )		-	

全ての口に、該当する検査の【番号】を記入してください。  
記入のない検査については、【希望しない】を選んだものとします。ご注意ください。

<input type="checkbox"/>	← 健診区分	1. 日帰りドック 2. 一般健診 3. 巡回健診	「3.巡回健診」選択時は、以降の記入は不要です。
<input type="checkbox"/>	← 胃検査	1. バリウム（自己負担なし） 2. 経口カメラ（カメラは一部医療機関を除き、差額は自己負担） 3. 経鼻カメラ（カメラは一部医療機関を除き、差額は自己負担） 4. 希望しない（自己負担額の減額はありませぬ）	
<input type="checkbox"/>	← 脳検査	1. 希望する 2. 希望しない	（希望者は下記質問の回答に○をつけてください。）
		・過去2年間に当健康保険組合の補助金を利用して脳検査を受けたことがありますか？ 「はい」の場合は今回の脳検査のお申込みはできません。 ⇒ ( はい ・ いいえ )	
		・入れ墨（アートメイク含む）や、体内に金属がありますか？ ⇒ ( はい ・ いいえ )	
		・閉所恐怖症ですか？「はい」の場合検査が困難な場合があります。 ⇒ ( はい ・ いいえ )	

女性の方は下記3つを全てご記入ください

<input type="checkbox"/>	← 子宮頸がん検査	1. 希望する 2. 希望しない（基本は自己負担なし）
<input type="checkbox"/>	← 乳がん検査(マンモ)	1. 希望する 2. 希望しない（一部の医療機関を除き自己負担）
<input type="checkbox"/>	← 乳がん検査(エコー)	1. 希望する 2. 希望しない（一部の医療機関を除き自己負担）

4月から9月が受診期間です。期間外の日付はお申込みいただけません(巡回健診の方は記入不要)

番号	希望する医療機関名			
利用希望日 (別日で必ず3日分、記入して下さい)	第1希望日・曜日	2025	年	月 日 ( )
	第2希望日・曜日	2025	年	月 日 ( )
	第3希望日・曜日	2025	年	月 日 ( )

全ての項目に記入されていることをご確認のうえお申込みください。

日程が決定次第、利用決定通知書を送付いたしますので健診時にご持参ください。