

常務理事	事務長	課長	係長(主任)	係

契約健診医療機関利用申込書

生活習慣病予防健診A・生活習慣病予防健診B
 女性生活習慣病予防健診C(女性B1)・人間ドック(35歳以上)
 脳検査(40歳・45歳・50歳及び55歳以上の被保険者)
 * 特定健診(対象者=40歳~74歳の被扶養者及び任意継続被保険者[無料])を
 希望されます方は、年度当初に交付いたします「受診カード」をご利用ください。

健診を受ける健診機関名	事業所名称
	所在地
	電話
	申込責任者

※ 健診機関に申込書(複写)を送付するため、一健診医療機関につき、1枚の申込書を提出してください。

保険証		(フリガナ) 受診者氏名	本人 家族	性別	生年月日 ()歳	健診の種類 (○で囲んでください)	受診日
記号	番号						
			本 家	男 女	S・H・R ・ ()歳	(健診) A・B・C(女性B1) (ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本 家	男 女	S・H・R ・ ()歳	(健診) A・B・C(女性B1) (ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本 家	男 女	S・H・R ・ ()歳	(健診) A・B・C(女性B1) (ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本 家	男 女	S・H・R ・ ()歳	(健診) A・B・C(女性B1) (ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本 家	男 女	S・H・R ・ ()歳	(健診) A・B・C(女性B1) (ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本 家	男 女	S・H・R ・ ()歳	(健診) A・B・C(女性B1) (ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本 家	男 女	S・H・R ・ ()歳	(健診) A・B・C(女性B1) (ドック) 1泊・1日 脳検査	

- 受診者一部負担金=生活習慣病予防健診A:本人1,500円・家族 無料/生活習慣病予防健診B:本人3,000円・家族 無料
女性生活習慣病予防健診C(女性B1):本人3,000円・家族 無料/人間ドック:ドック料金(消費税を含む)から
30,000円を差引いた額。(但し、最低負担限度額5,000円)
脳検査:脳検査料金(消費税含む)から10,000円を差引いた額。
- 脳検査の補助対象者は、当該年度に40歳・45歳・50歳及び55歳以上の被保険者です。
- 受診者一部負担金の支払い方法=原則として医療機関に直接お支払いください。
- 利用申込=FAXでも受付けます。(FAX03-3400-3980) 【受付年月日】

令和 年 月 日
 セメント商工健康保険組合 殿