

|      |     |    |        |   |
|------|-----|----|--------|---|
| 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 |
| 〇〇健診センター    |

事業所名称 〇〇〇〇株式会社  
 所在地 東京都〇〇区△△1-1-1  
 電話 03-1111-1111  
 申込責任者 健保 太郎

※ 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)  | 本人 | 性別 | 生年月日            | 健診の種類   | 受診日   |
|------|------|---------|----|----|-----------------|---|-------|
| 記号   | 番号   | 受診者氏名   | 家族 |    | ( )歳            | (○で囲んでください)   |       |
| 1000 | 1111 | ケンポ タロウ | 本  | 男  | S・H・R           | (健診) A・ <span style="border: 2px solid red;">B</span> ・C(女性B1)  | 10月5日 |
|      |      | 健保 太郎   | 家  | 女  | 63・4・1<br>(35)歳 | (ドック) 1泊・1日<br>脳検査  |       |
| 1000 | 1001 | ケンポ ハナコ | 本  | 男  | S・H・R           | (健診) A・B・C(女性B1)  | 9月20日 |
|      |      | 健保 花子   | 家  | 女  | 42・4・1<br>(56)歳 | (ドック) 1泊・ <span style="border: 2px solid red;">1日</span><br>脳検査 |       |
|      |      |         | 本  | 男  | S・H・R           | (健診) A・B・C(女性B1)  |       |
|      |      |         | 家  | 女  | ( )歳            | (ドック) 1泊・1日<br>脳検査  |       |
|      |      |         | 本  | 男  | S・H・R           | (健診) A・B・C(女性B1)  |       |
|      |      |         | 家  | 女  | ( )歳            | (ドック) 1泊・1日<br>脳検査  |       |
|      |      |         | 本  | 男  | S・H・R           | (健診) A・B・C(女性B1)  |       |
|      |      |         | 家  | 女  | ( )歳            | (ドック) 1泊・1日<br>脳検査  |       |
|      |      |         | 本  | 男  | S・H・R           | (健診) A・B・C(女性B1)  |       |
|      |      |         | 家  | 女  | ( )歳            | (ドック) 1泊・1日<br>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