

関東ITソフトウェア健康保険組合
健診申込書

令和 年 月 日

白根医院 行

FAX:018 862 1068

健康保険被保険者証 の保険者番号	健康保険被保険者証 の記号

(事業所所在地)

〒

(事業所名称)
(事業主氏名)

▼費用の支払方法▼(1~3を選んでください)
1. 当日本人が支払う
2. 後日に事業所が支払う(請求書をお送りします)
3. その他(下記に記入してください)

担当者: _____
電話番号: _____
FAX番号: _____

※左記とは連絡先が別の場合(支店・営業所等)
下記に連絡先を記入してください。

所在地〒
支店名
(営業所名)

担当者: _____
電話番号: _____
FAX番号: _____

健康保険証 の番号	フリガナ		性別	生年月日	対象者 いずれかを○で囲む			希望する健診の種類 [いずれかを○で囲む]				※人間ドックの方 胃内視鏡検査 受診する項目を○で囲む		オプション検査[○で囲む]						希望月・曜日	健診機関使用欄 (確定受診日)		
	氏名							被保険者		-35歳以上の被保険者 -35歳以上の被扶養者				胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	腹部 超音波 検査	頸動脈 超音波 検査	肺CT 検査	婦人科検査				
								2,000円	6,000円	8,000円	10,000円								2,000円			2,000円	5,000円
			男・女	S・H	年月日	被保険者	被扶養者 (配偶者)	被扶養者 (配偶者以外)	基本健診	人間ドック A	人間ドック B	人間ドック C	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	腹部 超音波 検査	頸動脈 超音波 検査	肺CT 検査	子宮 頸がん 検診	乳腺 超音波	マンモグラ フィ	① ② ③		
			男・女	S・H	年月日	被保険者	被扶養者 (配偶者)	被扶養者 (配偶者以外)	基本健診	人間ドック A	人間ドック B	人間ドック C	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	腹部 超音波 検査	頸動脈 超音波 検査	肺CT 検査	子宮 頸がん 検診	乳腺 超音波	マンモグラ フィ	① ② ③		
			男・女	S・H	年月日	被保険者	被扶養者 (配偶者)	被扶養者 (配偶者以外)	基本健診	人間ドック A	人間ドック B	人間ドック C	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	腹部 超音波 検査	頸動脈 超音波 検査	肺CT 検査	子宮 頸がん 検診	乳腺 超音波	マンモグラ フィ	① ② ③		
			男・女	S・H	年月日	被保険者	被扶養者 (配偶者)	被扶養者 (配偶者以外)	基本健診	人間ドック A	人間ドック B	人間ドック C	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	腹部 超音波 検査	頸動脈 超音波 検査	肺CT 検査	子宮 頸がん 検診	乳腺 超音波	マンモグラ フィ	① ② ③		
			男・女	S・H	年月日	被保険者	被扶養者 (配偶者)	被扶養者 (配偶者以外)	基本健診	人間ドック A	人間ドック B	人間ドック C	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	腹部 超音波 検査	頸動脈 超音波 検査	肺CT 検査	子宮 頸がん 検診	乳腺 超音波	マンモグラ フィ	① ② ③		

〈記入上の注意〉
注) 対象年齢は、健診を受診する年度末時点の年齢です。