**※** 胃部Ｘ線検査等、受検を希望されない検査項目がある場合は、**『備考欄』へご記入の上、必ず事前に健診医療機関へ連絡してください**。

**（当日キャンセルは、医療機関に大変な迷惑となります。医療機関によってキャンセル料がかかりますで、　　必ず事前の連絡をお願いします。）**

**医療機関Noと医療機関名は、健診契約医療機関一覧もしくはホームページよりご確認ください。**

**令和５年度　成人病健診申込書（被保険者用）**

**申込締切日**

**令和5年6月30日（金）必着**

**（ＦＡＸ不可）**

**※個人事務所の事業主の方は「事業主用」をホームページからダウンロードしてください**

◎事業所名

◎所在地　　〒

◎ＴＥＬ　　　　　　（　　　　　）

◎連絡者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　つぎのとおり申し込みます。

**（実施期間5月～10月）**

医療機関ごとに作成

|  |
| --- |
| 医療機関№ |
|  |
| 医療機関名 |
|  |

**※必ずご記入下さい**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険　証 | |  | | 生年月日 | 年  齢 | 性別 | 良い時期 | 悪い時期 | **子宮がん**  **検査希望** | | **乳がん検査希望** | | 備　考　※ |
| 記 号 | 番 号 | 氏　　　　　名 | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | **有 ・ 無** | | **有 ・ 無** | **超 音 波**  **・**  **マンモグラフィ** |  |
|  | |
| 問診票等の送付先 | 〒 | | | | | | | ＴＥＬ | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | 超 音 波  ・  マンモグラフィ | **※予約日・実施を希望しない検査等** |
|  | |
| 問診票等の送付先 | 〒 | | | | | | | ＴＥＬ | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | 超 音 波  ・  マンモグラフィ |  |
|  | |
| 問診票等の送付先 | 〒 | | | | | | | ＴＥＬ | | |

申込書送付先：〒169-0072　新宿区大久保２－１２－１１　税務会計監査事務所健康保険組合　　ＴＥＬ03（3232）5541

※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。

①健診委託機関へ申込者情報を提供します。

②健診委託機関から受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。

◎申込書は医療機関ごとに作成して、当組合に郵送してください（ＦＡＸ不可）。

◎女性の方は乳がん・子宮がん検査の有無を必ずご記入ください。また、乳がん検査を

希望される方は、超音波・マンモグラフィーのどちらかを○で囲んでください。

**◎受検日に資格を喪失している場合は、補助対象となりませんのでご注意ください。**

**◎必ず実施期間内に受検してください。（5月～10月）**

**◎健診のコースや医療機関の変更があった際には、必ず事前に健保組合に連絡してください。**

**（事前連絡がない場合、全額自己負担となります）**