※個人事務所の事業主の方は「事業主用」でお申し込みください。

令和6年度　成人病健診申込書（被保険者用）　【対象：30歳以上の被保険者】

成

医療機関Ｎｏ
医療機関名

◎事業所名

◎所在地　　〒

◎ＴＥＬ

◎連絡者名

申込締切日
令和6年6月28日（金）必着

次のとおり申し込みます。

※30歳以上（R5.4.1現在）

※予約日・実施を希望しない検査等

保険証 記号	保険証 番号	フリガナ / 氏名	生年月日	年齢※	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	子宮がん検査希望	乳がん検査希望（希望の検査方法に○を付けてください）		備考 ※
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（上記の事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）			ＴＥＬ					
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（上記の事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）			ＴＥＬ					
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（上記の事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）			ＴＥＬ					

！ご注意！　必ずお読みください。（事業所ご担当者は、受検者本人に周知願います）

◎ **太枠内の項目は全てご記入ください。**
◎ **申込書は医療機関ごとに作成してください。**受検可能な医療機関は、ホームページまたは健診契約医療機関をご覧ください。
◎ **必ず実施期間内（5月～10月）に受検してください。**
◎ **受検日に資格を喪失している場合は、補助の対象とならず、全額自己負担での受検となります。**
◎ 当日キャンセルは、**医療機関によってはキャンセル料がかかりますので、必ず事前の連絡をお願いします。**
◎ 胃部Ｘ線検査等の**受診されない検査項目がある場合は、事前に医療機関に連絡してください。**

※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健診委託機関から健診データを受領し、当組合で管理します。

※４名以上同時に申し込む場合、右欄に□ 等を記入し、４人目以降を別紙に記入してください。

□ 別紙あり　本申込書含め　　計　　枚

〈申込書郵送先〉〒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　ＴＥＬ 03-3232-5541　**〈FAX不可〉**

医療機関Ｎｏ
医療機関名

／　　枚（申込書含む）

令和6年度　成人病健診申込書（被保険者用）【対象：30歳以上の被保険者】

成

※30歳以上（R6.4.1現在）

※予約日・実施を希望しない検査等

保険証 記号	保険証 番号	フリガナ / 氏名	生年月日	年齢※	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	子宮がん検査希望	乳がん検査希望（希望の検査方法に〇を付けてください）		備考　※
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			

医療機関Ｎｏ
医療機関名

／　　枚（申込書含む）

令和6年度　成人病健診申込書（被保険者用）【対象：30歳以上の被保険者】

成

※30歳以上（R6.4.1現在）

※予約日・実施を希望しない検査等

保険証 記号	保険証 番号	フリガナ / 氏名	生年月日	年齢※	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	子宮がん検査希望	乳がん検査希望（希望の検査方法に〇を付けてください）		備考　※
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			

医療機関Ｎｏ
医療機関名

／　　枚（申込書含む）

令和6年度　成人病健診申込書（被保険者用）【対象：30歳以上の被保険者】

成

※30歳以上（R6.4.1現在）

※予約日・実施を希望しない検査等

保険証 記号	保険証 番号	フリガナ / 氏名	生年月日	年齢※	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	子宮がん検査希望	乳がん検査希望（希望の検査方法に〇を付けてください）		備考　※
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			
			年 月　日					有・無	有・無	超音波 マンモグラフィー	
		問診票等送付先	（事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）					ＴＥＬ			