

《 令和3年度 》

# 人間ドック申込書

- 実施要領・契約健診機関一覧をよくお読みいただき、ご記入ください。
- この申込書は、健診機関へ送付いたしますので、記入もれのないようご注意ください。

所属事業所名	信用金庫	被保険者証の 記号・番号	記号	番号
ふりがな		性別	男性	女性
受診者氏名		区分	被保険者	被扶養者
生年月日	昭和 年 月 日	令和4年3月31日 時点の年齢		歳
現住所	〒			
連絡先電話番号	日中に連絡がとれる番号 ( ) — (自宅・勤務先・携帯)	※健診機関から、受診項目・受診日について 照会があります。必ず記載してください。 健診機関の電話番号を携帯に登録しておくことをお勧めします		

申し込み健診機関名 ※助成上限額30,000円	健診機関名			健診機関コード 2	
胃部検査方法選択 ※該当項目を○で囲む	X線 (バリウム)	胃カメラ (経口式)	胃カメラ (経鼻式)	実施しない	
オプション検査項目 ※該当項目を○で囲む	脳ドック・脳検査 (助成上限額16,000円)		肺がん検査 (助成上限額8,000円)		
その他の検査項目 ※費用は全額自己負担	乳がん (マンモ)	乳がん (エコー)	子宮がん	前立腺がん	他に希望する検査
健診希望日  ※実施期間 令和3年4月1日から 令和4年1月31日まで	第1希望	令和 年 月 日			
	第2希望	令和 年 月 日			
	第3希望	令和 年 月 日			
備考					
※夫婦で同じ日・同じ病院で申し込む方 希望する番号を○で囲む	1. 夫婦で同じ日・同じ病院で申し込み、必ず一緒に受けたい 2. 夫婦で同じ日・同じ病院で申し込むが、やむを得ない場合は別の日でもよい				
◎ 予約された方の記入欄 健診予約年月日	令和 年 月 日	予約済み			
※ 健診機関記入欄 健診決定年月日	令和 年 月 日				

◆◆◆個人情報の取扱いに関する同意について◆◆◆

当組合は個人情報保護管理規程を制定し、個人情報の適正な取扱いに取り組んでおります。  
健診結果については、健診機関から提供を受け組合のデータベースに保管し、事業主へ提供します。また、組合と事業主とで共同実施する健康保持・増進のための保健事業に利用します。なお、これ以外の目的で利用することはありません。当申込書をご提出いただくことにより上記について受診者が同意されたものとみなします。

◆◆◆特定保健指導の実施について◆◆◆

40歳以上で生活習慣病リスクが高い方には、健診機関で特定保健指導を受けていただきます。  
特定保健指導に対応していない健診機関で受診された被保険者の方は後日、当組合より事業所経由でご案内します。

受付日付印

【お問い合わせ先】

三岐しんきん健康保険組合 <http://www.sangishinkinkenpo.jp>

〒509-0203 岐阜県可児市下恵土2885番地1 TEL 0574-61-2650