

# 生活習慣病予防健診利用申込書 【巡回用】

常務理事	事務長				扱 者

事業所記号					
事業所名	⑩	事務担当者	⑩	電話番号	
健診機関名	健診実施(予定)日		令和	年	月
			日	～	令和
			年	月	日

被保険者証 番号	氏 名	性 別	生 年 月 日	年 齢	健 診 コ ー ス (選択してください)	婦人科 (Bのみ) (選択してください)	備 考	本人負担分
			. .					・ A 2 = 1,500円 ・ B = 3,000円 ※婦人科検査費用加算  ※婦人科検査費用のうち 子宮細胞診 1,500円 乳房診 1,500円 組合で負担します
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
			. .					
合計					( A 2 コ ー ス	名	B コ ー ス	名 )

**【注意】**  
 健診機関で予約が取れましたら、速やかに申し込んでください。  
 申込書は実施予定日の10日前までに健保組合へ必ず提出してください。

**【個人情報について】**  
 健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目の個人結果を取得することになりますので予めご了承ください。  
 健診利用申込書及びこの健診利用申込書に記載のある各種健診の受診者に係る保有した個人情報は、個人情報に努め、安全に保管し、健康の保持・増進のために行う健康指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。

┌──────────┐  
 受 付 印

# 生活習慣病予防健診利用連絡書 【健診機関用】

※この連絡書に記載されていない者については、  
組合では費用負担いたしません

事業所記号		事業所名		事務担当者		電話番号				
健診機関名		健診実施(予定)日	令和	年	月	日	～ 令和	年	月	日

【注意】  
 個の健診情報、個人情報保護の重要性を第三者に開示、提供及び漏洩してはならない。また、本件業務の実施にあたり、正当な理由なく

被保険者証番号	氏名	性別	生年月日	年齢	健診コース (選択してください)	婦人科(Bのみ) (選択してください)	備考	本人負担分
								・ A 2 = 1,500円 ・ B = 3,000円 ※婦人科検査費用加算  ※婦人科検査費用のうち 子宮細胞診 1,500円 乳房診 1,500円 組合で負担します
合計 _____ 名 (A 2 コース _____ 名 B コース _____ 名 )								

※ 上記の通り健診利用を承認しましたので連絡いたします。

平成 年 月 日

電子回路健康保険組合 (印)

# 生活習慣病予防健診利用承認書 【事業主】

## 【注意】

- ・申込みの取消又は健診日の変更は、すみやかに組合と健診機関に申し出下さい。
- ・費用精算方法につきましては、健診機関と相談のうえ健診機関へお支払下さい。

事業所記号															
事業所名						事務担当者				電話番号					
健診機関名						健診実施(予定)日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
被保険者証番号	氏名	性別	生年月日	年齢	健診コース (選択してください)	婦人科(Bのみ) (選択してください)	備考	本人負担分							
			・	・				・ A 2 = 1,500円 ・ B = 3,000円 ※婦人科検査費用加算  ※婦人科検査費用のうち 子宮細胞診 1,500円 乳房診 1,500円 組合で負担します							
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
			・	・											
合計			名		(A2コース	名			Bコース	名)					

※ 上記の通り健診利用の申込みがありましたので承認いたします。

承認印

平成 年 月 日

電子回路健康保険組合