

## 2024年度 人間ドック(含:特定健診)申込書

会社名						
保険証の記号・番号	—	従業員番号				
被保険者名						
(ふりがな) 受診者名		受診者性別	1.男	2.女		
		受診者生年月日	S・H	年	月 日	
被保険者の 現住所・TEL	〒 TEL ( )					
	*昨年の健診時から住所変更が 1.あり 2.なし					
健診希望日 (実施期間:8月1日~11月30日)	第1希望日	2024年	月	日	希望者は○で 囲んでください	
	第2希望日	2024年	月	日		婦人科検診
第3希望日まで必ずご記入ください	第3希望日	2024年	月	日		胃カメラへ変更 ペプシノゲンに変更

1. 健保契約健診施設の場合、手続きに支障をきたしますので、**全ての項目について記入をお願いします。**
2. バリウムから他の検査への変更は健診施設により実施していない場合や有料な場合があります。
3. 自己負担額  
**被保険者17,000円、被扶養者20,000円**  
 オプション検診 ⇒ 健診後に**窓口で自己精算**となります(金額はの契約健診施設一覧を参照)。
4. 受診を希望する健診施設の番号に○を付けてください。各健診施設の詳細は「契約健診施設一覧」をご参照ください。婦人科オプションの受診を希望される方は「契約健診施設一覧」を参照の上、希望するコースを○で囲んでください。

		健診歴があれば○
1	京浜健診クリニック <b>要選択 婦人科オプション: A1・A2</b>	有
2	横浜東口クリニック	有
3	(医) 徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 人間ドック・健診センター <b>要選択 婦人科オプション: B1・B2・B3</b>	有
4	(医) 互惠会 大船中央病院 健康管理センター	有
5	(医) 康心会 湘南健康管理クリニック <b>要選択 婦人科オプション: C1・C2・C3・C4</b>	有
6	(医) 藤順会 藤沢順天医院 藤沢総合健診センター <b>要選択 婦人科オプション: D1・D2・D3・D4</b>	有
7	総合健診センター ヘルチェック <b>要選択 婦人科オプション(全施設共通): E1・E2</b>	有
	希望する健診施設、時間(選択必須)を「契約健診施設一覧」に添付しております【別紙1】より選択してください。 健診施設名(番号) : 希望時間 :	
8	(医) 徳洲会 大和徳洲会病院 人間ドック健診センター <b>要選択 婦人科オプション: F1・F2・F3・F4</b>	有
9	(一財) 同友会 ライフメディカル健診プラザ <b>要選択 婦人科オプション: G1・G2・G3・G4</b>	有
10	(医) 相和会 <b>要選択 婦人科オプション(全施設共通): H1・H2・H3・H4</b>	有
	希望する健診施設を「契約健診施設一覧」に添付しております【別紙2】より選択し、番号を記入してください。 健診施設名(番号) :	
11	(一財) 神奈川県労働衛生福祉協会 <b>要選択 婦人科オプション: I1・I2・I3</b>	有
12	その他、希望健診施設での受診～予約・支払い等は全て受診者本人が行う。→健保へ申請→後日精算。被保険者の現住所・TELから以下の欄は未記入で可。	

