

<平成23年度>

一般健診・35歳健診・成人病健診

健診委託機関用申込書（事業所及び支店・営業所用）

		整理番号	
事業所記号		申込日 平成	年
事業所名 (支店・営業所名)	本社 支店・営業所	健康管理 責任者名	
所在地	〒 TEL ()	健保事務 担当者名	

●健診委託機関で受診する場合

- (注) 1. 健診機関ごとにお申し込みください。2以上の機関で受診する場合はコピーしてご使用ください。
2. 健診と一緒に婦人科検査を希望される場合は、() 内に受診希望者数を再掲し、別紙「婦人科検査受診者名簿」も一緒に提出してください。

健診機関名	受診方法 (いずれかに○をつけてください)				
	1. 出張健診 (健診車)		2. 施設健診		
受診希望月	受診予定人員 ()内は婦人科受診希望者再掲				
	一般健診		35歳健診	成人病健診	
	34歳以下 (S52.4.1以降生まれ)	36歳～39歳 (S47.4.1～S51.3.31)	35歳 (S51.4.1～S52.3.31)	40歳以上 (S47.3.31以前生まれ)	
月	上旬	() 名	() 名	() 名	() 名
	中旬	名	名	名	名
	下旬	名	名	名	名
月	上旬	() 名	() 名	() 名	() 名
	中旬	名	名	名	名
	下旬	名	名	名	名

- (注) 1. 婦人科検査は、女子被保険者全員が対象となりますが、あくまでも希望者の受診となります。
2. 「乳ガン検査」は、39歳以下の方は「視・触診」のみとなります。う40歳以上の方は、「視・触診」のほか希望により「マンモグラフィー」・「超音波」の何れか1つを選んで受診することができます。
なお、実施できない健診機関もありますので、「健診委託機関一覧」で確認してください。
3. 委託機関で婦人科検査だけを受診希望の場合は、各自で「婦人科検査申込書(個人用)」に記入してお申し込みください。
4. 婦人科検査結果については、事業主宛通知書には記載せず、個人宛に通知します。
5. 健診に関してのお問い合わせは、出版健保健康管理センター健康管理課または大阪支部までお願いします。

<平成23年度>

婦人科検査受診者名簿（委託機関で健診と一緒にを行う場合に添付してください）

希望する検査項目に○印をつけ、必要事項を記入してください。

事業所記号		事業所名			受診委託機関名					
保険証番号	氏名	生	年	月	日	歳	子宮 がん 検査	乳がん検査 (いずれか1つに○をつけてください)		
								39歳以下 及び 40歳以上	40歳以上対象	
								視・触診 のみ	マンモグラ フィ併用 視・触診	超音波 併用 視・触診
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				
		昭・平	年	月	日	歳				

- (注) 1. 委託機関で健康診断と一緒に婦人科検査を行う場合に添付してください。(コピー可)
 2. マンモグラフィ・超音波(エコー)検査の実施委託機関は、「健診委託機関一覧」でご確認ください。