

保険証	記号・番号	住所	〒
特退	9700 —		
任継	9900 —	電話	()
	9901 —		
被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和
	男		平成
	女		年 月 日 (歳)

※ 本年度、後期高齢者医療制度(75歳以上)の被保険者となる方は、**75歳の誕生日前までに**健診をお受けください。
 ※ 「任継」の欄ではどちらか該当する数字を○で囲んでください。

● 希望する健診項目に○印をつけ、必要事項をご記入ください。

① 1. 出版健保健康管理センター 一般健診・35歳健診・成人病健診

受診希望月	年	月	月上旬・中旬・下旬	※40歳以上の方は健診と婦人科検査の同時受診はできません。 4. 婦人科検査のみの申込をしてください。
-------	---	---	-----------	--

② 2. 健診委託機関 3. 補助金請求 4. 婦人科検査のみ 一般健診・35歳健診・成人病健診

受診希望月	年	月	月上旬・中旬・下旬	※健診と一緒に婦人科検査を(希望する・希望しない)
健診機関名	※ 婦人科検査希望項目		※ 乳がん検査希望項目	
婦人科検査健診機関名	1. 子宮がん検査と乳がん検査	1. 視・触診のみ		
	2. 子宮がん検査のみ	2. マンモグラフィ併用 視・触診		
	3. 乳がん検査のみ	3. 超音波(エコー)併用 視・触診		

※婦人科検査を希望の方は、婦人科検査希望項目に○印をつけてください。
 ※乳がん検査を希望の40歳以上の方は、乳がん検査希望項目のいずれか1つに○印をつけてください。
 39歳以下の方は、視・触診のみとなります。
 なお、婦人科検査は、希望項目を実施できない医療機関もありますので、「健康診断のご案内」の健診委託機関一覧でご確認ください。

※出版健保健康管理センターでは、40歳以上の方の乳がん検査は実施できません。

③ 5. 人間ドック1泊2日コース(指定病院)

早めにお申し込みください。

受診希望月	第1希望	年	月	日()	C型肝炎抗体検査	希望する・希望しない
	第2希望	年	月	日()	喫煙	あり・なし
健診機関名					糖尿病の治療	あり・なし

6. 人間ドック補助金コース

健診機関名	受診予定月	年	月
-------	-------	---	---

④ 7. 歯科合同健診 (下記日程で出版健保会館において実施) 希望日に○印をつけてください。
 (予定人数に達しないときは、中止になることがありますので、下記までお問い合わせください)

23年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	24年1月	2月	3月
14日(木)	10日(火)	7日(火)	20日(水)	/	6日(火)	5日(水)	11日(金)	13日(火)	25日(水)	9日(木)	14日(水)
27日(水)	27日(金)	23日(木)	/	/	21日(水)	20日(木)	29日(火)	/	/	28日(火)	/

(注) ● 各種健康診断の当健保組合の費用負担は、原則として年度に1回となっております。
 ● 申込書はなるべく早めに、郵便またはFAXでお送りください。