

人間ドック申込書

(組合健康管理センター用)

家族用

③

対象者:35歳以上の被扶養者(年度末<3月31日>までに35歳に達する方)

事業所名	健診日時指定票等は、受診月の約1か月前に、事業所担当者様宛に送付いたします。	
担当者氏名	連絡先	

※1 料金のお支払方法を必ずご選択ください →	1	2	3
【基本料金】 3,000円 【オプション料金】胃カメラ:2,000円 腹部超音波(女性のみ):2,000円	全て会社請求	全て当日払い	基本料金のみ会社請求 オプションは当日払い

保険証記号				※2 胃 部 検 査 検査にひとつ〇をつけて下さい。			※3 腹 部 超音波 (女性のみ)		受診 希望月	※4 備 考 (特記事項)		
保険証 番号	受 診 者 名	生 年 月 日	性 別	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	
		S・H 年 月 日	男 女	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	
		S・H 年 月 日	男 女	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	
		S・H 年 月 日	男 女	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	
		S・H 年 月 日	男 女	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	
		S・H 年 月 日	男 女	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	
		S・H 年 月 日	男 女	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	
		S・H 年 月 日	男 女	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月	日	

《注意事項》

※1 料金の請求について

お支払方法をご選択下さい。会社請求の場合は、月締め翌月の請求となります。

※2 胃部検査について

28年度からペプシノゲン検査は廃止しましたが、現行どおりバリウムか胃カメラを選択した場合は5年に1度自動的に検査いたします。

胃部検査の選択がない場合はバリウムとさせていただきます。

体重が110キロ以上の方は、胃部レントゲン装置の都合上バリウム検査は希望できません。

鼻カメラは、緑内障の方、血液をサラサラにする薬を飲んでいる方は受けられません。

※3 女性の腹部超音波検査について

予約制の為、健診当日の追加受付はできません。(男性の方はコースに含まれます。)

※4 備考(特記事項)について

受診希望日等ございましたら、ご記入下さい。人数によりご希望に添えない場合もございます。

当組合HPで日程の予約(空き)状況等をご確認の上、お申込下さい。

なお、お申込は、希望日の属する月の前々月(2か月前)の末日で受付を終了いたしますので、

お申込期日をお守りいただきますようご協力ください。

受 付 印
東京織物健康保険組合 電話 03-3661-2257 FAX 03-3666-9621 〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6