神戸新聞健康保険組合　御中

人間ドック利用申込書

令和　　年　　月　　日

記号		番号					
事業所名		所属部課					
ふりがな		続柄		※　被保険者名は受診者が被扶養者の場合記入下さい			
受診者氏名				被保険者名			
生年月日	5. 昭和 7. 平成　　年　　月　　日	性別	男・女	年齢	歳		
電話番号	（　　）　　－	内線 連絡先					
ふりがな							
住　所	〒　　－						
希望医療機関名							
希望日	第一希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日）						
	第二希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日）						
	第三希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日）						
	第四希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日）						
健診日	**令和　　年　　月　　日（　　曜日）**						

☆ **人間ドック・レディースドック・PET健診・脳ドックのいずれかを同一年度内に1回受診できます。**

☆ **ご自身で直接契約医療機関に予約された場合は、予約完了後すぐにこの書類を健康保険組合へ提出ください。**

以下の検査について希望する場合はそれぞれ〇印を記入下さい。

◇ **胃　の　検　査** … バリウム・胃カメラ（経鼻・経口）

※　バリウムと胃カメラの選択ができる場合に記入下さい。

【男性オプション　（健保負担）】

◇ **ＰＳＡ検査**（血液検査による前立腺がんの検査） … 希望する・希望しない

【女性オプション　（健保負担）】

◇ **子宮頸がん検査** … 希望する・希望しない

◇ **乳がん検査** … マンモグラフィー検査・乳房エコー（超音波）・希望しない

※　マンモ又は超音波検査に視触診検査がセットになっている医療機関は希望の有無の選択が出来ません。

※　乳がん視触診検査を実施していない医療機関があります。一覧表でご確認ください。

※　マンモと超音波の両方の検査を希望する場合、どちらか一方の検査料金はご本人負担となります。

健康保険組合では、加入者の健康管理のため健診結果を保管しております。
個人情報の取扱いに関係する法令その他を遵守し取り組んでおります。ご理解をお願いいたします。

健保記入欄　　年　　月　　日

2024.12