

(35歳以上の本人・家族) 婦人・生活習慣病予防健診

申込書 【契約施設健診】

(40歳以上の本人) 日帰り・一泊人間ドック健診

①事業所記号		②受診する 契約健診機関	名称							
			所在地							
③ 受診する 方	被保険者証 の番号	受診者氏名	性別	生年月日	実施年度末 年齢	続柄	健診年月日	健診コース (□に✓してください)	備考	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	
		(フリガナ)		男・女	昭和・平成 年 月 日	歳		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰人間ドック <input type="checkbox"/> 婦人健診 <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック	

平成 年 月 日

④ 申 込 者	事業所所在地 (任意継続被保険者は任意継続と記入)	
	事業所名称 (被保険者住所)	
	事業主氏名 (被保険者氏名)	®

受付日付印

●記入上の注意及び留意事項については、裏面をご覧ください。

### 【記入上の注意】

#### 1 ③の「受診する方」欄について

(1) 「実施年度末年齢」欄については、**健診を実施する年度の末日に達する年齢**を記入してください。

(達する日とは、誕生日を意味します。例えば、受診当日に34歳の方が、健診を実施する年度の末日（3月31日）までに35歳の誕生日を迎える場合は、35歳と記入してください。)

(2) 「健診コース」欄については、希望する健診コースの□欄にチェック(✓)を付けてください。

・ [婦人・生活習慣病予防健診] は、実施年度末年齢が35歳以上の年齢に達する当健康保険組合の被保険者及び被扶養者となります。

・ [日帰り・人間ドック健診] は、実施年度末年齢が40歳以上の年齢に達する当健康保険組合の被保険者及び被扶養者となります。

※実施年度末年齢が75歳に達する方は、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

#### 2 ④の「申込者」欄について

申込者が、

(1) 強制被保険者及びその被扶養者が受診するときは、事業主が申込者となります。

(2) 任意継続被保険者及びその被扶養者が受診するときは、被保険者本人が申込者となります。

※事業主又は任意継続被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印を省略できます。

なお、事業主又は任意継続被保険者以外の方が記入した場合は、押印を省略することはできません。

### 【留意事項】

1 この申込書は、**健診の2週間前までに提出してください**。事前に申込がない場合は補助対象外となる場合があります。

健診機関から受診者へ問診表等が届きますので、健診機関の案内に従い受診してください。

2 受診資格の有無は健診受診日当日で判定します。健診受診日当日に資格を喪失されている方は補助の対象外となりますのでご注意ください。

3 健診費用に係る補助は年度内1人1回限り（強制及び任意継続被保険者期間を含む）です。

### 【提出・問合せ】

全国商品取引業健康保険組合 〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2-19-9 ビクトビル7階 電話03(3663)3241 保健事業係