

# 健康診断申込用紙

当会記入欄

申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

※保険証枝番のご記入は不要です。

## 【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		ネスレ健康保険組合						2024年	162	・	10257											
保険証の記号・番号		記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	被保険者から みた続柄		
受 診 者	フリガナ															<input type="checkbox"/>	1 任意継続 被保険者					
	氏名 (保険証の記載氏名)															<input type="checkbox"/>	2 配偶者					
	生年月日	<input type="checkbox"/>	昭和	<input type="checkbox"/>	平成	年		月		日											<input type="checkbox"/>	3 配偶者 以外の家族
	年齢	歳 ※ 2025年(来年)3月31日時点の年齢をご記入ください										性別	<input type="checkbox"/>	男性	<input type="checkbox"/>	女性						
	住所	郵便番号	-					都道府県														
	市区郡町名																					
	番地																					
	マンション名など																					
	連絡先	電話	-										-									
		日中連絡先	-										-									
被 保 険 者	勤務会社名																					
	氏名																					

## ■巡回型健診をご希望の方は、以下に会場コード・会場名・希望日を必ずご記入ください。

\* 男性の方は、男性受診可能会場に●印のある会場よりお選びください。

	実施会場コード	会場名	希望日
第一希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月 日
第二希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月 日
第三希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月 日

## ■施設型健診(指定医療機関)で健診をご希望の方は、以下にコード・指定医療機関名を必ずご記入ください。

医療機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	指定医療機関名	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------	----------------------

## ■オプション検査項目(ご希望の検査の□に✓印をつけてください)

\* 胃部検査(コード200と206)および乳房検査(コード301と302)について重複受診はできません。

\* マンモグラフィ法は年齢により撮影回数が異なります。35歳~49歳の方は2方向、それ以外の方は1方向となります。

\* いずれの検査も会場・医療機関によりましては実施できない場合がありますので、「健康診断会場一覧」にて実施の可否をご確認ください。

\* 腹部検査の料金は各医療機関によって異なります。「健康診断会場一覧」にてご確認ください。

	項目名	コード		項目名	コード
<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症検査	602	<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法)	301
<input type="checkbox"/>	前立腺検査	921	<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法)	302
<input type="checkbox"/>	胃部検査(胃部X線撮影法)	200	<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診)	402
<input type="checkbox"/>	胃部検査(ペプシ・ピロリ)	206	<input type="checkbox"/>	大腸検査(便潜血検査2回法)	504
			<input type="checkbox"/>	腹部検査(腹部超音波法3臓器)	801