

# 岐阜県建設国民健康保険組合健康診断申込書

申込受付No.

会 場	総支部名
受診日	令和3年 月 日 ( )

- ① 初めに『氏名・フリガナ・保険証番号・性別・生年月日・電話番号』を必ず記入して下さい。  
 ② 希望する検診コースに○をして下さい。有料オプション検査をご希望の方は該当欄に○印をして下さい。  
 ③ 申込用紙が多数必要な方はコピーしてお使い下さい。

※ 受診日に建設国保の保険証を持っていない方は受診できません。

※ 健診キット・問診票・結果票等は、保険証に記載してある住所に送付させていただきます。

申込用紙は、お1人様につき一枚のご記入をお願いいたします。

フリガナ	生年月日	昭 平	年	月	日
受診者名	(枝番)	性別	男・女		
保険証記号番号 (必ずご記入下さい)					
日中連絡のとれる 電話番号	☎ ( )				

## ●健診コース

コースを選択	○印 ↓	人間ドックコース	○印 ↓	特定健診コース
お申込区分 (○を付けて下さい)		組合員本人 0円		組合員本人 0円
		組合員本人 (健保適用除外事業所勤務)※ 5,400円		組合員本人 (健保適用除外事業所勤務)※ 5,400円
		扶養家族 6,000円		扶養家族 0円
有料 オプション 検査 を 付 け		喀痰検査 2,000円		特定健診コースでは 有料オプションはお申込できません。
		肝炎ウイルス検査 1,500円		
		前立腺検査 2,000円		
		腹部超音波検査 4,000円		
		子宮がん検査 2,000円		
		乳がん検査 4,000円		
		腫瘍マーカー 4,000円		
金額合計		円		円
		健診会場にてお支払いください		健診会場にてお支払いください

※ アスベストの再読影を希望しない方は同意しないを○で囲んで下さい。 同意しない

※ 健保適用除外事業所に勤務する組合員様は、労働安全衛生法に基づき行われる事業主健診が優先されるため、事業主負担(5,400円)が必要です。

備考欄	
-----	--