



ダイキン工業健康保険組合 申込日 年 月 日

2025年度健診申込書 (被扶養者)

案内文書の内容を確認・承諾し、下記の通り申込みます。

健康保険証記号・番号 記号 番号 性別 1.男 2.女
フリガナ 生年月日
氏名 S H 年 月 日
電話番号 自宅 携帯 年齢
送付先住所 下 一 歳

A、Bのどちらか一方にご記入ください。(金額は消費税10%税込み価格です。)

A. 固定施設型健診申込 ※子宮頸部細胞診を受診する場合、HPV検査はお申込みできません。

どちらかに○ 生活習慣病健診(無料) 60733302 人間ドック(20,000円) 60733402
オプション 胸部X線検査(無料) 子宮頸部細胞診
希望する検査に○ 子宮頸部細胞診(無料) 乳がんマンモ どちらか一方に○
しない検査に× 乳がんマンモ(無料) 乳がんエコー
を記入 乳がんエコー(無料) 胃腸X線検査 どちらか一方に○
胃腸X線検査(2,000円) 胃腸内視鏡検査
胃腸内視鏡検査(2,000円)
大腸便潜血反応検査(500円)
※自己負担金は当日窓口でのご精算となります。(一部の医療機関では、健診結果到着後の請求書送付となります。)
希望医療機関 コードNo. 医療機関名
希望日 予約済 月 日 ()
未予約 第1希望日 月 日 ()
第2希望日 月 日 ()

B. 巡回型健診申込 (女性のみ) ※子宮頸部細胞診を受診する場合、HPV検査はお申込みできません。

オプション ○ 基本検査(胸部X線検査を含む)
希望する検査に○ 子宮頸部細胞診(無料)
しない検査に× 乳がんマンモ(無料) どちらか一方に○
を記入 乳がんエコー(無料)
大腸便潜血反応検査(500円)
胃腸X線検査(2,000円)
※自己負担金は当日窓口でのご精算となります。
会場名 会場コード(9ケタ) 実施予定日
第1希望 月 日
第2希望 月 日
第3希望 月 日

HPV検査(子宮頸がん郵送検査) ※HPV検査のみのお申込みはできません。

HPV+生活習慣病健診60733312 HPV+巡回健診60733909 HPV+人間ドック60733412

希望する場合は○ 郵送検診(無料。ご自宅に検査キットが届きます)