



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（任意継続者）

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	
氏名	フリガナ										生年月日			
											S	年	月	日
電話番号	自宅												年齢	
	携帯												歳	
送付先住所	〒				一									

固定施設型健診申込（金額は消費税10%税込み価格です。）

※子宮頸部細胞診を受診する場合、
HPV検査はお申込できません。

どちらかに○		生活習慣病健診（無料） 60733303					人間ドック（10,000円） 60733403						
オプション 希望する検査に○ しない検査に× を記入		胸部X線検査					子宮頸部細胞診						
		子宮頸部細胞診					乳がんマンモ						
		乳がんマンモ		どちらか一方に○		乳がんエコー		どちらか一方に○					
		乳がんエコー		どちらか一方に○		胃部X線検査		どちらか一方に○					
		胃部X線検査		どちらか一方に○		胃部内視鏡検査		どちらか一方に○					
		胃部内視鏡検査		どちらか一方に○	※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。）								
		大腸便潜血反応検査											
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 ()										

HPV検査（子宮頸がん郵送検査）

※HPV検査のみのお申込はできません。

	HPV+生活習慣病健診 60733313					HPV+人間ドック 60733413							
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）											