

2017 年度 生活習慣病予防健診（特定健診）申込書【被扶養者用】

フリガナ 受診者氏名			続柄	
生 年 月 日	昭和	年	月	日
住 所	〒 —			
電 話 番 号	() —			
被 保 険 者 氏 名			健康保険証 記号—番号	—
受診希望日 ※① (健診期間 2 月 1 日～16 日)	第 1 希望日 月 日		第 2 希望日 月 日	第 3 希望日 月 日
選 択 検 査 (受診を希望する 項目にチェック☑ してください。) ※④	B 型および C 型肝炎ウイルス検査		☐ 受診する ※②	
	胃 部 検 査		☐ 胃 部 X 線 間接撮影を受診する	
			☐ 胃 部 X 線 直接撮影を受診する (個人負担 1,000 円) ※③	
			☐ 胃カメラを受診する (個人負担 1,000 円) ※③	
	大腸検査 (検便検査)		☐ 受診する	
	子宮検査 (医師による子宮頸部細胞診)		☐ 受診する	
	乳 房 検 査		☐ 超音波のみを受診する	
			☐ マンモグラフィのみを受診する	
☐ 超音波、マンモグラフィの両方受診する (個人負担 1,000 円)				
提 出 先	〒541-8566 大阪市中央区久太郎町四丁目 1 番 3 号 ユニチカ健康保険組合 TEL 06-6281-5382 FAX 06-6281-5388			
申 込 締 切 日	2017 年 11 月 16 日 (木)			

※① 必ず第 3 希望まで選択してください。ご希望日が定員オーバーの場合は、結核予防会にて受診日を決定しますのでご了承ください。

※② B 型および C 型肝炎ウイルス検査は、今年度中に 40 歳になる方 (生年月日が昭和 52 年 4 月 1 日～昭和 53 年 3 月 31 日の方) または、初めて結核予防会で健康診断を受診する方で希望者のみの実施となります。

※③ 胃部検査の「X 線直接撮影」「カメラ」は、以前の検査後に医師より精密検査の指示を受けたことがある方のみ受診できます。

※④ 選択検査で、チェック☑がない検査項目は、受診できません。