

「集団特定健診」受診申込書

被保険者	被保険者証 記号／番号	記号		会社名	
		番号		所 属	
	氏 名			連絡先TEL	
受診者	フリガナ			被保険者との続柄	生年月日 昭和 年 月 日
	氏 名				年齢 歳
	住 所	〒 ー TEL () ー			

(会場選択) [希望場所]欄に○印を入れてください。

希望場所	実施地区	健診場所	健診日程(受付時間)		申込締切
	徳 島 市	徳島市立文化センター	11月29日(金)	9:00～11:00	10月1日(火)
	高 松 市	四国電力本店駐車場	11月5日(火)	9:00～16:00	
		〃	11月6日(水)	9:00～16:00	
	丸 亀 市	瀬戸健診クリニック駐車場	11月13日(水)	14:00～16:00	
	(※) 松 山 市	医療法人 菅井内科	10月29日(火)	9:00～12:00	
		〃	〃	15:30～18:00	
		〃	11月19日(火)	9:00～12:00	
		〃	〃	15:30～18:00	
	(※) 高 知 市	医療法人健会 高知検診クリニック	12月3日(火)	13:30～14:00	10月18日(金)
		〃	12月10日(火)	13:30～14:00	
		〃	12月17日(火)	13:30～14:00	
		〃	12月25日(水)	13:30～14:00	

(受診時間帯選択) [希望順位]欄に「1～3」の数字を入れてください。

受診を希望される時間帯を、 第1希望から第3希望まで数字でご記入ください。 ※健診場所によって実施時間帯が異なりますので、ご注意ください。	希望順位	希望時間帯（午前）	希望順位	希望時間帯（午後）
		9：00～ 9：30		13：00～13：30
		9：30～10：00		13：30～14：00
		10：00～10：30		14：00～14：30
		10：30～11：00		14：30～15：00
		11：00～11：30		15：00～15：30
		11：30～12：00		15：30～16：00
		午前ならいつでも良い		16：00～16：30
				16：30～17：00
				17：00～17：30
				17：30～18：00
				午後ならいつでも良い

(追加項目選択) ご希望される[追加項目]横に○印を入れてください。

胸 部 X 線 撮 影		安 静 時 心 電 図 (※1)	
胃 部 X 線 撮 影 (※2)		眼 底 検 査 (両 眼) (※1)	

- (※1) 本項目については、希望されない場合でも、医師が必要と認めたら受診いただきます。
(※2) 「松山市」の健診では、「胃部X線撮影」は午前中に受診した方のみとなります。
「高知市」の健診では、「胃部X線撮影」は受診できませんのであらかじめご了承ください。

【受診お申し込みにあたっての注意・お願い事項】

- ◇受診者の住所は、「受診のお知らせ」および「健診結果のお知らせ」を委託する健診機関から直接お届けするために必要となりますので、郵便物が届くよう詳細に記入してください。
- ◇電話番号は、受診時間帯の調整で必要となる場合がありますので、必ず連絡のとれる番号を記入してください。
- ◇希望者が特定の時間帯に集中した場合は調整をさせていただきますので、あらかじめご了承ください。
(希望者が一定の人数に満たない場合も、調整をさせていただく場合があります。)
- ◇本書記載の内容および検査結果等の個人情報については、健診事業運営のために使用し、その他の用途には使用いたしません。なお、本書の提出をもって、検査結果が健診機関から当健保組合へ通知されることに同意したものとみなします。