

健康診断（基本・総合・特定・人間ドック・歯科）及び インフルエンザ予防接種申込書

健診機関名称

年 月 日

御中

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

（または、申込者氏名）

担当者名

電話番号

健康保険 被保険者 等記号	健診コースまたは予防接種					実施希望場所			
	基本健診・総合健診・特定健診・人間ドック・ 歯科健診・インフルエンザ予防接種					健診機関・事業所・健保会館			
健康保険 被保険者 等番号	氏名	性別	続柄	生年月日	※基本健診時の子宮頸 がん検査希望者には○ 印を付けてください	※接種 方法	備考	実施 希望日	実施日 ※健診機関 記入欄
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
		男 ・ 女	本人 ・ 家族	昭和・平成・令和 年 月 日		1回法 2回法			／ ／
特 記 事 項					※健診ご案内・検査キッド等の送付先情報が上記と異なる場合は特記事項欄にご記入ください。				

《注意事項》
※各種目（健診コース、実施希望場所）ごとに申込書を作成ください。
※太枠内は記入しないでください。（健診機関記入欄）
※*はインフルエンザ予防接種の場合のみ記入してください。
※基本健診における子宮頸がん検査の対象者は当該年度20・22・24・26・28・32・34歳の方が対象です。
※総合健診の対象者は満30歳及び満35歳以上、人間ドックの対象者は35歳以上(当該年度の4月1日～翌年3月31日に誕生日を迎える方)の被保険者及び被扶養者です。
※特定健診の対象者は、満40歳以上(当該年度の4月1日～翌年3月31日に誕生日を迎える方)の被扶養者です。
※当組合の指定健診機関で基本健診・総合健診・特定健診・人間ドックを希望される場合は、この申込書をご希望の健診機関へ直接提出してください。
※なお、健保会館で実施する基本健診の健診機関はオリエンタル労働衛生協会、歯科健診は旺志会、インフルエンザ予防接種は名古屋セントラルクリニックとします。
※ご記入いただきました事項につきましては、健診及びインフルエンザ予防接種 名古屋薬業健康保険組合 実施の目的以外には使用いたしません。