

**施設型**

**生活習慣病予防健診申込書**

**【申込みできる方】**

会社の定期健康診断※、スズケン健保が補助する「人間ドック・乳がん・子宮がん検診」を受診しない方。  
※会社が両方受診可能としている場合除く

**【健診結果の受取】**

健診結果は委託先の日本健康文化振興会からスズケン健保も受け取ります。

**要確認**

申込日:平成 28年 7月 5日

《被保険者用》

健保コード 5 7 5 7 3 0 0 3 **スズケン健康保険組合**

スズケン健康保険組合が指定する受診手順 内容 支払方法を確認・承諾し、下記の通り申込をします。

受診者	健康保険証 記号・番号	(左づめで記入)			
	記号	2	番号	1 2 3 4	← 保険証をみて記入してください。
フリガナ	ケンポ スズヨ		生年月日	年齢	性別
氏名	健保 鈴代		昭和 37年 6月 1日	54才	男・女 <input checked="" type="radio"/>

※電話番号は9時から17時の間に連絡が取れる番号を記入して下さい(左づめで記入 ハイフン含)

電話番号(携帯可)	0 8 0 - 1 2 3 4 - × × × ×
住所	〒 1 6 6 - 0 0 0 4 <b>東京都杉並区阿佐谷南1-14-1</b>

実施医療機関名簿より希望する医療機関名、コードNoを記入してください。  
※選択できる医療機関は1カ所のみです。

希望医療機関	コードNO.	0 3 2 1 1 0 0 1
	医療機関名	<b>スズケン病院</b>

基本検査	男性	生活習慣病(胸部X線・聴力・大腸便潜血・腹部超音波)
	女性	上記+乳がん検査(必須)+

【女性のみ】 希望する乳がん検査に○	<input checked="" type="radio"/> マンモグラフィ	<input type="radio"/> 乳腺エコー
-----------------------	--	-----------------------------

実施医療機関名簿より希望医療機関の実施状況を確認し、マンモ・エコー両方に印がある場合のみ、希望する検査に○を付けてください。

オプション検査	希望するオプション検査番号に○を付けて下さい
1	眼底検査 <input checked="" type="radio"/> 7
2	眼圧検査 8
<input checked="" type="radio"/> 3	骨密度検査 9
4	B型肝炎検査 10
5	C型肝炎検査 11
<input checked="" type="radio"/> 6	ペプシノーゲン検査

受診希望日	お申込日より30日以上先の日をご記入下さい
第1希望	平成 28年 8月 15日(月)
第2希望	平成 28年 8月 22日(月)
第3希望	平成 28年 8月 29日(月)

実施医療機関名簿より希望医療機関の実施状況を確認し、希望するオプション検査に○を付けてください。

集管理、契約医療機関への申込連絡と受診者への通知・連絡

FAXの受取確認をご希望の方は、送信直後に日本健康文化振興会宛に  
電話番号:03(3316)0777

FAX : 03(3316)7611

申込日より30日以上先の日付を記入してください。