

中建国保 令和5年度 集団健診申込書

1、申込者情報 (必ず記入して下さい。記号番号は保険証に記載されている10桁の数字です。)

| | | | | | |
|---|-----------------------------|----|---|---|---------------------------|
| 記号 | 90-1501 | 番号 | | | |
| フリガナ | | | | | 組合員・家族 ↑どちらかに○印をつけて下さい |
| 申込者氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 案内・結果等 送付先住所 (事業所の場合は 事業所名も記入) | (〒 -) 新潟県 | | | | |
| 電話番号 | ※携帯等、受診者本人に連絡のとれる番号をお書き下さい。 | | | | |

2、日時会場 (2週間以上先の日程をご記入ください。)

| | |
|------|--------------|
| 希望会場 | 希望日 |
| | 令和 年 月 日 () |

3、追加項目 (希望者は受診可能な日時、会場を確認して○印をつけて下さい。)

| | ○をつけて下さい | 新潟市受診券使用 |
|-----------------------|----------|----------|
| 胃がん検診(X線直接撮影) 13,200円 | | |
| 胃がん検診(X線間接撮影) 4,840円 | | ※使用不可 |
| 乳がん検診(マンモグラフィ) 5,280円 | | |
| 子宮がん検診 4,180円 | | |

※がん検診はお住まいの市町村の受診券を使用することによって安く受診できる場合があります。詳しくは各自治体にお問い合わせ下さい。

※別紙チラシ健診ぷらす(有料)の事前予約は不要です。当日、受付で申込みください。

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 風しん抗体検査 (無料クーポン券をお持ちの方のみ) | <input type="checkbox"/> 希望します(希望の場合 <input checked="" type="checkbox"/>) |
|--|--|

(対象者: 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性、助成は1人1回限り)

| | |
|--|-------------------------------------|
| 人間ドック(41,800円～)の方を希望される方は別途ご案内いたしますので右欄に <input checked="" type="checkbox"/> 、1、2を記入の上、返送ください。人間ドックは当日、費用を全額お支払いいただき、後日、補助金申請をする必要があります。 | <input type="checkbox"/> 人間ドックの方を希望 |
|--|-------------------------------------|

その他