

**人 間 ド ッ ク 書
利 用 申 込**

重要事項 令和3年度より受診期間(費用補助期間)が9月末までとなりました。早めの受診をお願い致します。
 <理由>
 ・特定保健指導※1を年度内に開始し、実施率を上げる為。
 ・実施率が低いと後期高齢者支援金※2に加算されてしまう為。
 ※1 40歳～74歳の方で、メタボと判定された該当者に対して行われる、生活改善支援です。
 ※2 75歳以上の医療制度を支える為、被保険者様からの保険料で納めています。

京葉ガス健康保険組合 御中

被保険者様の定期健康診断および人間ドックの結果・問診票は、当健康保険組合も健診機関より受領し、健康保険組合が「健康保険法」および「高齢者の医療の確保に関する法律」に則り被保険者等の健康の保持増進の為に実施する為に行う施策、事業主(会社)が「労働安全衛生法」に則り従業員の安全と健康を確保する為に行う施策を各々実施する為相互に共同利用させていただきますので予めご承知おきください。

※ 太線で囲んだ項目をご記入および押印してください。

令和 5 年度	令和 5 年 月 日提出
(出向者の方は、出向元事業所名、部署名を記入してください。)	
所属事業所名	
所属部署名	
被保険者氏名	印
※左の教示文をご確認の上、記名捺印願います。 (業務時間に連絡の可能な電話番号を記入してください。なお、出向者の方は出向先事業所名、部署名を記入してください。)	
(勤務先名)	
連絡先 Tel	

受診者・受診項目・受診日・医療機関・確認事項等	被保険者証の記号と番号		記号	番号	
	受診者氏名	氏名	フリガナ	続柄	
		住所	〒	性別	
			男・女	生年月日	
			昭和 年 月 日 (歳)		
		TEL			
受診項目		1 人間ドック 【 1泊2日・通い2日・日帰り 】 (いずれかを○で囲んでください。) (1) オプション検査の希望 【 する・しない 】 ※ オプション検査を希望される場合は「する」を○で囲み、医療機関に申し込まれた検査項目を記入してください。また、オプション検査を受診しない場合は「しない」を○で囲んでください。 ・ 例: *MRI・CT[頭.胸.肺] ・ *胃内視鏡検査に変更 ・ *大腸内視鏡検査 (2) 女性の場合婦人科検診の希望 【 する・しない 】 婦人科検診を希望される場合は「する」を○で囲み、医療機関に申し込まれた検査項目を、全て○で囲んでください。また、婦人科検診を受診しない場合は「しない」を○で囲んでください。 ① 子宮がん検診 (頸部細胞診・体部細胞診・経膈超音波・HPV・その他) その他の場合ご記入ください() ② 乳がん検診 (超音波・マンモグラフィー・その他) ※触診検査のみの場合は、補助対象外となります。 その他の場合ご記入ください()			
受診予定日および医療機関名		受診予定日	令和 5 年 月 日() ~ 月 日()		
		医療機関名			
確認事項		本年度の定期健康診断の受診状況 (受診した・受診していない・受診しない予定) いずれかを○で囲んでください。			

健保使用欄	医療機関連絡日		令和 年 月 日 ()		
	受診者文書送付日		令和 年 月 日 ()		
	常務理事	事務長	事務長代理	課長	係

健保受付欄