

様式①-4

簡易成人病健診申込書（被扶養者用）

当健康保険組合の独自契約健診機関専用の申込用紙です。
被扶養者（家族）が直接当健康保険組合へ申込みができる専用用紙です。
契約健診機関へ電話をかけ、健診日を決めてください。
予約日決定後、当健康保険組合へ郵送またはFAX（06-6944-0514）してください。
被保険者（本人）は「様式①-1」をご使用ください。

★35歳以上（誕生日が昭和64/平成元年3月31日以前の方が対象となります）

西日本パッケージング健康保険組合

下記のとおり簡易成人病健診を予約のうえ補助金を申込みます。併せて、今回の健診結果を貴組合が実施する保健指導などの保健事業に利用することにも同意します。

申込日： 年 月 日

事業所名称			
事業所・営業所 工場の所在地	〒 -	TEL	
被保険者氏名		被保険者証号 記号 - 番号	-

家族専用	フリガナ		男・女	昭和・平成	年	月	日生 (歳)	
	受診者名							
	受診者住所	〒 -	TEL					
	予約健診機関名		TEL					
	健診日		年	月	日			
	子宮がん・乳がん 検診（全額補助）	子宮がん	・	乳がん	（申込される場合は「○」で囲んでください）			

注1:補助金について

- 35歳以上の被扶養者（家族）に対し、年度内に1回補助します。
- 基本健診費用から一部負担金3,000円差し引いた額（上限25,000円）を補助します。
- 同一年度内に他の健診を受診した（する）場合、補助はできません。

受付印

注2:(一部)負担金について

- 受診後、健康保険組合から事業所へ請求『3,000円』します。
- 子宮がん検診（頸部細胞診）、乳がん検診（エコーまたはマンモ（+視触診））は、全額補助です。
- その他のオプション検査は、当日窓口でお支払いください。



* この申込書のためにご提供いただいた個人情報及び健診結果は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。