

平成29年度「進興クリニック」巡回車受診者名簿

必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ申込みます。

平成 年 月 日

保険証 記号	事業所名			工場・ 支店名						
医療機関		進興クリニック		健診日	平成 年 月 日()					
保険証 番号	フリガナ 受診者名	性別	続柄	生年月日	健診 種別	定期健診(35歳未満)オプション検査				備考
						血液	聴力	便潜血	心電図	
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							
		1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日						
		2.女	2.家族							

※裏面の注意事項も必ずお読みください。

┌ 健康保険組合受付印 ┐

● 注 意 事 項 ●

・健診日が決定しましたら、すぐにこの受診者名簿を健康保険組合保健事業課へ提出してください。

※資格取得予定者は「取得予定」、未加入者は「P」と保険証番号欄に記入し、保険証番号が決定次第、「進興クリニック」へご連絡ください。

※健診種別欄は「定期健診」→A1「生活習慣病検査」→B と記入してください。

●「定期健診」は35歳未満(昭和58年4月1日以降に生まれた方)の被保険者が対象です。

・「定期健診」でオプション検査(別料金)を希望される場合は希望検査項目に○をつけてください。

●「生活習慣病検査」は35歳以上(昭和58年3月31日以前に生まれた方)が対象です。

●オプション検査の料金は「進興クリニック」にお問い合わせください。

●健康保険組合からの補助は健診種別に関係なく年度内(4月から翌年3月)1回のみです。2回目以降は全額自己負担になります。

●下記に該当する場合は備考欄に記入してください。特殊健診はその検査名称を記入してください。

子宮・・・子宮頸部細胞診検査希望

乳房・・・乳房検査希望(人数により実施できない場合があります)

胃なし・・・胃部X線なし(生活習慣病検査希望者のみ記入)

補助なし・・・他の医療機関で受診予定、年度内2回目等で健保組合から補助を受けられない場合

※この用紙はコンピュータ処理しますので、健診場所ごとに作成し、なるべく保険証記号・番号順に楷書ではっきりとご記入ください。

※受診者数が多い場合は、この受診者名簿を表紙とし、事業所が作成した名簿を添付していただいても結構です。