

# 令和8年度 岐阜県建設国民健康保険組合 出張健診申込書

【送付先】 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

**【注意事項】**

- ・当組合の資格がある方を対象とした健診です。健診日時時点で当組合の資格を喪失されている方は受診できません。
- ・WEB申込みをした方は提出の必要はありません。
- ・希望日に沿えない場合があります。
- ・枠が足りない場合はコピーしてご利用ください。

**申込者 ① 本人用**

受付NO. \_\_\_\_\_

|  |   |  |   |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
|--|---|--|---|--|---|--|--|--|---|--|-------------------------------------|
| 組合員番号                                  | 枝番  | 氏名                                     | 生年月日<br>S・H . . .                         | 備考                                       |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 区分<br>○をつける 本人① ・ 本人②                  |   | 本人②のみ事業所名（本人①の方は事業所名不要）                |   |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 希望健診日<br>月 日                           | 希望会場<br>会場                                | ☎日中の連絡先<br>— —                         |   |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| コース選択 どちらかに✓ 本人①はどちらも0円 本人②はどちらも5,500円 |   |  |   | 負担金額合計                                   |   |  |  |  |   |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> ドックコース<br>円   | ▶検便やレントゲンがついたコース<br>基本コースより検査項目が多い        |  | <input type="checkbox"/> 基本コース（特定健診）<br>円 | 円  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 有料オプション検査（ドックコースを選んだ方のみ申込可） 希望があれば✓    |   |  |   |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> 喀痰<br>2,000円  | <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス<br>1,500円 | <input type="checkbox"/> 前立腺<br>2,000円 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>4,000円 | <input type="checkbox"/> 腹部超音波<br>4,000円 | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br>2,000円 | <input type="checkbox"/> 乳がん<br>4,000円 | <input type="checkbox"/> じん肺<br>2,200円 | <input type="checkbox"/> 溶接ヒーム<br>1,980円 | <input type="checkbox"/> 脳・心筋梗塞<br>発症リスク<br>13,200円 | <input type="checkbox"/> 腸内フローラ<br>16,500円 | <input type="checkbox"/> 眼圧<br>500円 |

**申込者 ② 扶養家族用**

受付NO. \_\_\_\_\_

|   |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
|---|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|-------------------------------------|
| 組合員番号                                     | 枝番  | 氏名                                     | 生年月日<br>S・H . . .                          | 備考                                       |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 区分<br>扶養家族                                |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 希望健診日<br>月 日                              | 希望会場<br>会場                                | ☎日中の連絡先<br>— —                         |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| コース選択 どちらかに✓                              |   |  |  | 負担金額合計                                   |   |  |  |  |   |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> ドックコース<br>6,000円 | ▶検便やレントゲンがついたコース<br>基本コースより検査項目が多い        |  | <input type="checkbox"/> 基本コース（特定健診）<br>0円 | 円  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 有料オプション検査（ドックコースを選んだ方のみ申込可） 希望があれば✓       |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> 喀痰<br>2,000円     | <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス<br>1,500円 | <input type="checkbox"/> 前立腺<br>2,000円 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>4,000円  | <input type="checkbox"/> 腹部超音波<br>4,000円 | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br>2,000円 | <input type="checkbox"/> 乳がん<br>4,000円 | <input type="checkbox"/> じん肺<br>2,200円 | <input type="checkbox"/> 溶接ヒーム<br>1,980円 | <input type="checkbox"/> 脳・心筋梗塞<br>発症リスク<br>13,200円 | <input type="checkbox"/> 腸内フローラ<br>16,500円 | <input type="checkbox"/> 眼圧<br>500円 |

**申込者 ③ 扶養家族用**

受付NO. \_\_\_\_\_

|   |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
|---|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|-------------------------------------|
| 組合員番号                                     | 枝番  | 氏名                                     | 生年月日<br>S・H . . .                          | 備考                                       |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 区分<br>扶養家族                                |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 希望健診日<br>月 日                              | 希望会場<br>会場                                | ☎日中の連絡先<br>— —                         |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| コース選択 どちらかに✓                              |   |  |  | 負担金額合計                                   |   |  |  |  |   |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> ドックコース<br>6,000円 | ▶検便やレントゲンがついたコース<br>基本コースより検査項目が多い        |  | <input type="checkbox"/> 基本コース（特定健診）<br>0円 | 円  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| 有料オプション検査（ドックコースを選んだ方のみ申込可） 希望があれば✓       |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> 喀痰<br>2,000円     | <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス<br>1,500円 | <input type="checkbox"/> 前立腺<br>2,000円 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>4,000円  | <input type="checkbox"/> 腹部超音波<br>4,000円 | <input type="checkbox"/> 子宮がん<br>2,000円 | <input type="checkbox"/> 乳がん<br>4,000円 | <input type="checkbox"/> じん肺<br>2,200円 | <input type="checkbox"/> 溶接ヒーム<br>1,980円 | <input type="checkbox"/> 脳・心筋梗塞<br>発症リスク<br>13,200円 | <input type="checkbox"/> 腸内フローラ<br>16,500円 | <input type="checkbox"/> 眼圧<br>500円 |