

住所 〒

別紙の案内をご覧ください。
希望日に沿えない場合があります。

健診日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。

岐阜県建設国民健康保険組合 令和5年度出張健診希望調査兼申込書

申込者 ①

受付NO. _____

被保険証番号(枝番)	氏名	備考						
続柄	事業所							
希望健診日 月 日	希望会場 会場	☎日中の連絡先 — —						
下記よりお選びください							負担金額合計	
<input type="checkbox"/> ④人間ドックコース	<input type="checkbox"/> ④特定健診コース	<input type="checkbox"/> 出張健診を希望しない ⑤・⑥を希望の方					円	
有料オプション検査(人間ドックコースを選んだ方のみご記入ください)								
<input type="checkbox"/> 喀痰 2,000円	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス 1,500円	<input type="checkbox"/> 前立腺 2,000円	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー 4,000円	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 4,000円	<input type="checkbox"/> 子宮がん 2,000円	<input type="checkbox"/> 乳がん 4,000円	<input type="checkbox"/> じん肺 2,200円	<input type="checkbox"/> 溶接ヒーム 1,980円

申込者 ②

受付NO. _____

被保険証番号(枝番)	氏名	備考						
続柄								
希望健診日 月 日	希望会場 会場	☎日中の連絡先 — —						
下記よりお選びください							負担金額合計	
<input type="checkbox"/> ④人間ドックコース	<input type="checkbox"/> ④特定健診コース	<input type="checkbox"/> 出張健診を希望しない ⑤・⑥を希望の方					円	
有料オプション検査(人間ドックコースを選んだ方のみご記入ください)								
<input type="checkbox"/> 喀痰 2,000円	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス 1,500円	<input type="checkbox"/> 前立腺 2,000円	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー 4,000円	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 4,000円	<input type="checkbox"/> 子宮がん 2,000円	<input type="checkbox"/> 乳がん 4,000円	<input type="checkbox"/> じん肺 2,200円	<input type="checkbox"/> 溶接ヒーム 1,980円

申込者 ③

受付NO. _____

被保険証番号(枝番)	氏名	備考						
続柄								
希望健診日 月 日	希望会場 会場	☎日中の連絡先 — —						
下記よりお選びください							負担金額合計	
<input type="checkbox"/> ④人間ドックコース	<input type="checkbox"/> ④特定健診コース	<input type="checkbox"/> 出張健診を希望しない ⑤・⑥を希望の方					円	
有料オプション検査(人間ドックコースを選んだ方のみご記入ください)								
<input type="checkbox"/> 喀痰 2,000円	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス 1,500円	<input type="checkbox"/> 前立腺 2,000円	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー 4,000円	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 4,000円	<input type="checkbox"/> 子宮がん 2,000円	<input type="checkbox"/> 乳がん 4,000円	<input type="checkbox"/> じん肺 2,200円	<input type="checkbox"/> 溶接ヒーム 1,980円