

住所 〒

別紙の案内をご覧になりご記入ください。  
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。  
**被保険者証番号が未記入の場合申込できません。**

## 岐阜県建設国民健康保険組合 令和6年度出張健診希望調査兼申込書

申込者 ① ※被保険者証番号が未記入の場合申込できません。

受付NO. \_\_\_\_\_

被保険証番号(枝番)	氏名	生年月日	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(①出張健診・②受診券・③指定医療機関)										負担金額合計	
<input type="checkbox"/> ①ドックコース 円	<input type="checkbox"/> ②基本コース 円	<input type="checkbox"/> ③受診券で 健診希望	<input type="checkbox"/> ④指定医療機関で 健診希望	<input type="checkbox"/> 結果提供 予定							円
有料オプション検査(①出張健診のドックコースを選んだ方のみ申込可)											
<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"/> 溶接ヒューム 1,980円	<input type="checkbox"/> 脳・心筋梗塞 発症リスク 13,200円	<input type="checkbox"/> 腸内70-9 16,500円	

申込者 ②

受付NO. \_\_\_\_\_

被保険証番号(枝番)	氏名	生年月日	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(①出張健診・②受診券・③指定医療機関)										負担金額合計	
<input type="checkbox"/> ①ドックコース 円	<input type="checkbox"/> ②基本コース 円	<input type="checkbox"/> ③受診券で 健診希望	<input type="checkbox"/> ④指定医療機関で 健診希望	<input type="checkbox"/> 結果提供 予定							円
有料オプション検査(①出張健診のドックコースを選んだ方のみ申込可)											
<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"/> 溶接ヒューム 1,980円	<input type="checkbox"/> 脳・心筋梗塞 発症リスク 13,200円	<input type="checkbox"/> 腸内70-9 16,500円	

申込者 ③

受付NO. \_\_\_\_\_

被保険証番号(枝番)	氏名	生年月日	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(①出張健診・②受診券・③指定医療機関)										負担金額合計	
<input type="checkbox"/> ①ドックコース 円	<input type="checkbox"/> ②基本コース 円	<input type="checkbox"/> ③受診券で 健診希望	<input type="checkbox"/> ④指定医療機関で 健診希望	<input type="checkbox"/> 結果提供 予定							円
有料オプション検査(①出張健診のドックコースを選んだ方のみ申込可)											
<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"/> 溶接ヒューム 1,980円	<input type="checkbox"/> 脳・心筋梗塞 発症リスク 13,200円	<input type="checkbox"/> 腸内70-9 16,500円	