

家族健診申込書（被扶養者、任意継続被保険者のみ）

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名	
所属課所		内線or直通	

受診者氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -		
日中連絡が とれる連絡先	（ ） -		自宅・携帯・勤務先

受診希望機関		乳がんの検査方法
名古屋市	鶴舞クリニック	選択不可
	国際セントラルクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
	愛知健康増進財団	選択不可
	名駅前診療所保健医療センター	選択不可
	ブラザー記念病院	選択不可
	オリエンタルクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
	大雄会 ルーセントクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
	大名古屋ビルセントラルクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
	エルズメディケア名古屋(女性専用)	マンモグラフィー希望・エコー希望
	中日病院健診センター	マンモグラフィー希望・エコー希望
	名古屋ステーションクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
	名鉄病院	マンモグラフィー希望・エコー希望
	栄エンゼルクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
	名古屋セントラルクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
名古屋逓信病院	選択不可	
愛知県内	半田市医師会	選択不可
	岡崎市医師会	マンモグラフィー希望・エコー希望
	日進おりど病院	選択不可
	三河安城クリニック	選択不可
	和合セントラルクリニック	マンモグラフィー希望・エコー希望
	一宮西病院	マンモグラフィー希望・エコー希望
三重県	刈谷豊田総合病院	マンモグラフィー希望・エコー希望
	永井病院	マンモグラフィー希望・エコー希望
岐阜県	四日市羽津医療センター	マンモグラフィー希望・エコー希望
	まつなみ健康増進クリニック	選択不可
	東海中央病院	選択不可
	村上記念病院	選択不可

婦人科健診 の有無	受診する・受診しない
--------------	------------

受診希望日	第一希望 月 日 () / 第二希望 月 日 () / 第三希望 月 日 ()
-------	--

※婦人科健診を受診しない場合でも、自己負担額は減額されません。
 ※受診希望日は二週間以上先の日づけにして、第三希望までご記入ください。
 ※受診時間の指定はご遠慮ください。
 ※健診を受診される日までに被保険者の方が退職された場合、被扶養者でなくなった場合は受診できません。

備考	
----	--

受診者さまお控え

受診希望日			
第一希望	月	日	()
第二希望	月	日	()
第三希望	月	日	()

【受診までの流れ】

1. 希望の健診機関・日程を選ぶ
2. 健保組合へ申込書を提出
3. 健診機関より日時との連絡があり、後日、受診案内及び問診票が届く
4. 受診する(問診票、保険証等を持参し、健診機関へ自己負担金額を支払い)

※巡回レディース健診を受診される方は、この申込書は必要ありません。

別途ご案内によりお申し込みください。

※健診機関の混み状況によりご希望日に予約が取れない場合がございます。

健診機関からのご連絡によりご調整ください。

※受診日の変更、取消しは直接健診機関へご連絡ください。

※家族健診・人間ドックの受診時に脳ドックの受診を併用される場合は
健診機関によって同日に受診できない場合がございます。

【特定健診、保健指導の利用者への注意事項】

- ・健診結果は、健康保険組合にも通知されます。
- ・健診結果は「個人情報の保護に関する法律」に基づき、外部への漏洩等を防止し、 厳重に管理し、健康管理業務以外の目的では使用しません。
- ・健診結果は(受診時に40歳以上)「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、保健指導等に活用し、実施結果は匿名化され国へ報告されますので、ご了承のうえ受診願います。
- ・健診結果により保健指導の対象となった場合は、健診機関から保健指導の案内が通知されますので、積極的に利用願います。

名古屋市熱田区桜田町19-18
東邦ガス健康保険組合
TEL:052-872-9336