

大阪薬業保健センター **一般健康診査**（大腸がん検診・前立腺がん検診・肝炎ウイルス検診・腫瘍マーカー）申込書

① 所 属	1.大阪 2.神戸 3.京都			年 月 日提出
② 事業所記号		⑤ 事務担当者名		大阪薬業健康保険組合
③ 事業所名称		⑥ 電話番号	— —	健康管理部
④ 事業所所在地	〒	⑦ 結果票送付先 (ご家族はご自宅住所)	〒	TEL 06-6941-6352 FAX 06-6910-8341

⑧ 被保険者証 番 号	⑨ フリガナ ⑩ 氏 名	⑪ 生 年 月 日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 受 診 日	⑮ 大腸がん 35 歳以上	⑯ 前立腺がん 50 歳以上	⑰ 肝炎ウイルス 35 歳以上 在籍期間中 1 回限り	⑱ 腫瘍マーカー AFP CA19-9 CEA	⑲ 支払方法
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・ 家族	(西暦) 年 月 日					事業所請求 ・ 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・ 家族	(西暦) 年 月 日					事業所請求 ・ 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・ 家族	(西暦) 年 月 日					事業所請求 ・ 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・ 家族	(西暦) 年 月 日					事業所請求 ・ 当日現金払
		(西暦) 年 月 日	男・女	本人・ 家族	(西暦) 年 月 日					事業所請求 ・ 当日現金払

- ・①～⑭を全てご記入ください。
- ・希望するオプション検診⑮～⑱に○を記入してください。なお、各検診とも補助対象年齢に満たない場合は実費になります。
【補助対象年齢】
大腸がん検診：35 歳以上、前立腺がん検診：50 歳以上、肝炎ウイルス検診：35 歳以上（当組合在籍期間中に 1 回限り）
- ・⑲腫瘍マーカーは当組合の保健事業ではないため、全額実費になります。（年齢制限なし）
また、検診は AFP(肝臓)・CA19-9(膵臓、胆のう等)・CEA(大腸、胃等)のセットでの実施となり、単体での実施はできません。
- ・⑲支払方法は、いずれかを○で囲んでください。
- ・申込書は受診日の 10 日前までに、ご提出いただきますようお願いいたします。
- ・申込人数と仮押え人数が相違する場合、未申込の仮押え枠は当組合で取り消しさせていただきます。
- ・この申込書は、「結果票送付先」ごとに作成してください。また、受診日以降は「結果票送付先」の変更ができませんので予めご了承ください。
- ・健診結果は受診者宛 2 通送付いたします。

《個人情報取扱について》

- ・申込書にご記入いただきました個人情報は当組合の「個人情報保護管理規程」に基づき慎重に取扱い、保健事業以外の目的では使用いたしません。
- ・当組合が、検査機関より報告を受けた受診者の検査結果を、保健指導等に利用することについては、本申込書提出を以ってご了承いただいたものといたします。

組 合 使 用 欄	
受 付	結 果 送 付 先