

大阪薬業保健センター **生活習慣病健診**（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<br>(ご家族はご自宅住所) | 〒   |         |  | TEL 06-6941-6352<br>FAX 06-6910-8341 |

|                   |                 |               |         |           |                                         |                     |                      |                                      |                                     |                       |                     |
|-------------------|-----------------|---------------|---------|-----------|-----------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| ⑧<br>被保険者証<br>番 号 | ⑨ フリガナ<br>⑩ 氏 名 | ⑪ 生 年 月 日     | ⑫<br>性別 | ⑬<br>続柄   | ⑭ 受 診 日 ・ 受 付 時 刻                       | ⑮<br>大腸がん<br>35 歳以上 | ⑯<br>前立腺がん<br>50 歳以上 | ⑰<br>肝炎ウイルス<br>35 歳以上<br>在籍期間中 1 回限り | ⑱<br>腫瘍マーカー<br>AFP<br>CA19-9<br>CEA | ⑲<br>胃部<br>バリウム<br>検査 | ⑳<br>支払方法           |
|                   |                 | (西暦)<br>年 月 日 | 男・<br>女 | 本人・<br>家族 | (西暦) 年 月 日<br>8:15 8:30 9:00 9:30 10:00 |                     |                      |                                      |                                     | 有・<br>無               | 事業所請求<br>・<br>当日現金払 |
|                   |                 | (西暦)<br>年 月 日 | 男・<br>女 | 本人・<br>家族 | (西暦) 年 月 日<br>8:15 8:30 9:00 9:30 10:00 |                     |                      |                                      |                                     | 有・<br>無               | 事業所請求<br>・<br>当日現金払 |
|                   |                 | (西暦)<br>年 月 日 | 男・<br>女 | 本人・<br>家族 | (西暦) 年 月 日<br>8:15 8:30 9:00 9:30 10:00 |                     |                      |                                      |                                     | 有・<br>無               | 事業所請求<br>・<br>当日現金払 |
|                   |                 | (西暦)<br>年 月 日 | 男・<br>女 | 本人・<br>家族 | (西暦) 年 月 日<br>8:15 8:30 9:00 9:30 10:00 |                     |                      |                                      |                                     | 有・<br>無               | 事業所請求<br>・<br>当日現金払 |
|                   |                 | (西暦)<br>年 月 日 | 男・<br>女 | 本人・<br>家族 | (西暦) 年 月 日<br>8:15 8:30 9:00 9:30 10:00 |                     |                      |                                      |                                     | 有・<br>無               | 事業所請求<br>・<br>当日現金払 |

- ・①～⑭を全てご記入ください。⑭は受付時刻を○で囲んでください。
- ・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胃部バリウム検査について、実施される場合は有を○で囲んでください。省略される場合は無を○で囲んでください。
- ・⑳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。
- ・生活習慣病健診は、尿潜血検査を実施しますので女性の方は生理期間をはずしてご受診ください。

《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 |
|               |