

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

20××年 7月 1日提出

大阪薬業健康保険組合

健康管理部

TEL 06-6941-6352

FAX 06-6910-8341

① 所 属	1.大阪 2.神戸 3.京都	⑤ 事務担当者名	薬業 太郎
② 事業所記号	153	⑥ 電話番号	06 - ×××× - 6352
③ 事業所名称	株式会社 ○○ 薬品	⑦ 結果票送付先 (ご家族はご自宅住所)	〒 540-0037 大阪市中央区○○町 3-2-5
④ 事業所所在地	〒 540-0037 大阪市中央区○○町 3-2-5		

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・受付時刻	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 胃部 バリウム 検査	⑳ 支払方法
15	ケンコウ タロウ 健康 太郎	(西暦) 19××年 5月 20日	男 女	本人 家族	(西暦) 20××年 9月 10日 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00		○		○	有 無	事業所請求 当日現金払
20	ヤクギョウ ハナコ 薬業 花子	(西暦) 19××年 10月 5日	男 女	本人 家族	(西暦) 20××年 11月 25日 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00	○				有 無	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 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					有 無	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 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					有 無	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 8:15 8:30 9:00 9:30 10:00					有 無	事業所請求 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）
- ⑱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。

《個人情報取扱いについて》

- 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