

事 務 連 絡
平成29年6月15日

事 業 主 様

大阪薬業健康保険組合

大阪薬業保健センター健診申込書の一部変更等について

平素は、当組合の保健事業にご高配を賜り厚くお礼申しあげます。

さて、この度、標記健診申込書（以下「申込書」という）を一部変更しましたのでお知らせいたします。

申込書の変更箇所は裏面をご参照のうえ、該当する場合は必ずご記入いただきますようお願いいたします。

また、申込書は受健される方が確定次第（受健予定日の10日前までには）ご提出いただきますよう併せてお願いいたします。（申込書提出後にキャンセルをされる場合は、速やかにご連絡願います。）

なお、変更後の申込書は、当組合ホームページに掲載しておりますので、ダウンロードのうえ、ご使用ください。（郵送を希望される場合は、ご連絡ください。）

《お問い合わせ先》

〔大阪本部〕 大阪薬業健康保険組合 健康管理課

〈TEL〉 06-6941-6352

〔神戸支部〕 大阪薬業健康保険組合 神戸支部

〈TEL〉 078-221-6100

〔京都支部〕 大阪薬業健康保険組合 京都支部

〈TEL〉 075-801-2905

【変更箇所】

- ・仮押え取消枠変更（生活習慣病健康診査申込書・一般健康診査申込書）

所 属	(大阪) 2神戸 3京都	事業所記号	153	2017年6月1日
事業所名称	株式会社 ○○薬品	事務担当者名	薬業 太郎	大阪薬業健康保険組合 健康管理部
所在地	〒540-0037 大阪市中央区○○町3-2-5	電 話	06-○○○○-6352	TEL: 06-6941-6352
結果票送付先 (事業の場合は自宅)	同上	送付先担当者名	薬業 太郎	FAX: 06-6910-8341

個人番号	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	健 診 予 定 日	大腸がん 検診以上	前立腺がん 検診以上	肝臓ウイ ルス検 査期間内	支払方法	備 考
15	健康 太郎	S H 40年5月20日	① 男	本人	〇〇年7月10日	○	○		オプション 窓口支払	
20	薬業 太郎	S H 30年10月10日	① 男	本人	〇〇年8月10日	○		○		
		S H	1 男	本人	年 月 日					
		S H	2 女	本人	年 月 日					
		S H	1 男	本人	年 月 日					
		S H	2 女	本人	年 月 日					
		S H	1 男	本人	年 月 日					
		S H	2 女	本人	年 月 日					
		S H	1 男	本人	年 月 日					

仮押え人数と申込人数が相違する場合は、必ず健診予定日・キャンセル人数を記入してください。記載がない場合は、当組合にて仮押えを取消いたしますのでご了承ください。

〇〇年7月10日 2名 年 月 日 名 年 月 日 名

〇〇年 月 日 名 年 月 日 名 年 月 日 名

・被扶養者(家族)の一部負担金につきましては、所属事業所に請求させていただきますが、当日お支払いになる際は、申込書支払方法欄にその旨をご記入ください。
 ・この申込書は「結果票送付先」(本社所在地・営業所や工場など勤務先・自宅など)ごとに作成してください。被扶養者(家族)の健診結果票は自宅に送付します。
 ・健診結果票は被保険者あて2通送付します。(肝炎ウイルス関係は1通)
 ・完健日以降は、「結果票送付先」の変更はできませんのでご承知おきください。
 ・生活習慣病健診のほかは大腸がんほか各種検診を希望される場合は該当欄に○を記入してください。
 ・生活習慣病健診・大腸がん検診は35歳以上、前立腺がん検診は50歳以上が対象です。 ※対象年齢に満たない場合は、実費となります。
 ・肝炎ウイルス検診は35歳以上が対象です。当組合在籍期間に1回を限度とします。
 ・生活習慣病健診は「尿糖・血圧」の検査を実施します。女性被保険者の場合、生理期間をはずして健診日程を予定いただけますようお願いいたします。
 ・(個人情報取扱いについて)
 ・申込書にご記入いただいた個人情報は、当健康保険組合の「個人情報保護管理規程」等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。
 ・当健康保険組合が、検査機関より受検者の検査結果について一括して報告を受け、保健指導及び健診の勧誘等に利用することについては、申込書提出をもってご了承ください。

仮押えのキャンセルがある場合は、必ず健診予定日とキャンセルの人数をご記入してください。

- ・支払方法枠追加（生活習慣病健康診査申込書・一般健康診査申込書）

所 属	(大阪) 2神戸 3京都	事業所記号	153	2017年6月1日
事業所名称	株式会社 ○○薬品	事務担当者名	薬業 太郎	大阪薬業健康保険組合 健康管理部
所在地	〒540-0037 大阪市中央区○○町3-2-5	電 話	06-○○○○-6352	TEL: 06-6941-6352
結果票送付先 (事業の場合は自宅)	同上	送付先担当者名	薬業 太郎	FAX: 06-6910-8341

個人番号	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	健 診 予 定 日	大腸がん 検診以上	前立腺がん 検診以上	肝臓ウイ ルス検 査期間内	支払方法	備 考
20	薬業 次郎	S H 53年4月14日	① 男	本人	〇〇年6月9日				当日窓口 支払	
20	薬業 恵	S H 54年6月3日	② 女	本人	〇〇年6月9日				当日窓口 支払	
		S H	1 男	本人	年 月 日					
		S H	2 女	本人	年 月 日					
		S H	1 男	本人	年 月 日					
		S H	2 女	本人	年 月 日					
		S H	1 男	本人	年 月 日					
		S H	2 女	本人	年 月 日					

仮押え人数と申込人数が相違する場合は、必ず健診予定日・キャンセル人数を記入してください。記載がない場合は、当組合にて仮押えを取消いたしますのでご了承ください。

〇〇年6月9日 2名 年 月 日 名 年 月 日 名

〇〇年 月 日 名 年 月 日 名 年 月 日 名

・申込書は変更される方が確定変更(変更予定日の10日前までに)ご提出いただけますようお願いいたします。
 ・被扶養者(家族)の一部負担金につきましては、所属事業所に請求させていただきますが、当日お支払いになる際は、申込書支払方法欄にその旨をご記入ください。
 ・この申込書は「結果票送付先」(本社所在地・営業所や工場など勤務先・自宅など)ごとに作成してください。被扶養者(家族)の健診結果票は自宅に送付します。
 ・健診結果票は被保険者あて2通送付します。(肝炎ウイルス関係は1通)
 ・完健日以降は、「結果票送付先」の変更はできませんのでご承知おきください。
 ・生活習慣病健診のほかは大腸がんほか各種検診を希望される場合は該当欄に○を記入してください。
 ・大腸がん検診は35歳以上、前立腺がん検診は50歳以上が対象です。 ※対象年齢に満たない場合は、実費となります。
 ・肝炎ウイルス検診は35歳以上が対象です。当組合在籍期間に1回を限度とします。
 ・(個人情報取扱いについて)
 ・申込書にご記入いただいた個人情報は、当健康保険組合の「個人情報保護管理規程」等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。
 ・当健康保険組合が、検査機関より受検者の検査結果について一括して報告を受け、保健指導及び健診の勧誘等に利用することについては、申込書提出をもってご了承ください。

支払方法：会社請求（強制被保険者を除く）や当日窓口支払などをご記入ください。
 例：会社請求
 （被扶養者・任意継続者等）
 当日窓口支払
 オプションのみ窓口支払

- ・被扶養者の方が、大阪薬業保健センターで健診を受健される場合の健診結果送付先は、基本的にご自宅に郵送させていただいておりますが、事業所に郵送を希望される場合は、備考欄にその旨ご記入をお願いいたします。