

【申請書送付先】（業務委託先機関：株式会社バリューHR）	
郵送先	〒036-8186 青森県弘前市大字富田三丁目9-4 株式会社バリューHR 弘前カスタマーサポートセンター宛て
Mail	: kensin-chosin@apap.jp

記入日:	月	日
FAX:0172-31-3088		

朝信健康保険組合 受診予約申請書

健診機関へ予約後に、お申込者**お一人様につき一枚**本申請書へ必要事項をご記入の上、上記【申請書送付先】へ郵送、FAX またはメール送信してください。ご提出がない場合、健保補助が受けられない場合がございますので、必ずご提出ください。

間違いのないように**ハッキリと丁寧に、楷書**でご記入ください。

◆被保険者情報					
被保険者名	フリガナ	保 険 証 記 号 ・ 番 号			
	氏名	記号		番号	

◆健診予約情報					
健診機関名	(都道府県名:)				
受診日	年	月	日	申込日	年 月 日
受診者名	フリガナ	性別		1 男	2 女
	氏名	生年月日	西暦	年	月 日

お申込み済みの健診 (年齢基準日:当該年度末 3月31日現在)

健診コース	対象者
<input type="checkbox"/> 法定健診	被保険者 24 歳以下
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 (胃部検査なし)	被保険者 25 歳以上
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 (胃部 X 線)	被保険者 35~39 歳
<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃部 X 線)	被保険者 40 歳以上
<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃内視鏡) <input type="checkbox"/> 鎮静剤あり <input type="checkbox"/> 鎮静剤なし	
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 (胃部検査なし)	任継被保険者・被扶養配偶者(任継含む) 全年齢
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 (胃部 X 線)	被扶養者(任継含む)※配偶者以外 40 歳以上
<input type="checkbox"/> 特定健診	被扶養者,任継被保険者、任継被扶養者 40 歳以上

併せて申込済みのオプション検査

併せて申込済みのオプション検査	対象者
<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診:胃部 X 線から胃内視鏡への変更 <input type="checkbox"/> 鎮静剤あり <input type="checkbox"/> 鎮静剤なし	被保険者:35~39 歳/ 被扶養者(任継含む)・任継被保険者:40 歳以上
<input type="checkbox"/> 子宮がん (子宮頸部細胞診)	39 歳以下奇数年齢または 40 歳以上
※乳がんは下記よりご選択ください (どちらか 1 つの選択制です)	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波	25,30,35,37,39 歳または 40 歳以上
<input type="checkbox"/> 大腸がん検査 (便潜血)	生活習慣病健診受診者
<input type="checkbox"/> 前立腺がん (PSA)	40 歳以上

◆連絡先/書類・健診キット受取先

健診キット受取先住所※	〒	-	都道府県
受診承認書の受取方法 ※いずれか一つを選択 記載がない場合は交付しません。	<input type="checkbox"/> メールアドレス		
	<input type="checkbox"/> FAX	-	-
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯	※健診機関より連絡が入る場合がございます。日中連絡のとれる番号をご記入ください。	
		-	-

※健診機関より健診の案内や採尿セットなどをお送りいたします。法定健診のみ受診の場合は健診キットの送付がない可能性があります。

【問い合わせ先】株式会社バリューHR カスタマーサービス TEL : 0570-001-856 (平日 9 : 30-17 : 00)

【個人情報について】

ご記入された個人情報は、個人情報保護法のもと朝信健康保険組合の保健事業および健康支援事業の目的に使用されます。この情報は朝信健康保険組合および業務委託会社である株式会社バリューHR、健診機関に提供されます。ご同意の上、お申込みください。

【健診結果について】

健診結果は、疾病予防対策として、健康保険組合および業務委託会社である株式会社バリューHR に適正に共有されます。ご同意の上、お申込みください。