

巡回健診申込書 ☆女性限定☆

- ★ 被扶養者（20歳以上の家族）、任意継続被保険者の方は、「基本検査」+ご希望の「選択できる検査」を受診できます。
- ★ 被保険者（本人）の方は、会社の定期健診以外の「選択できる検査」を受診できます。
- ★ 記入のうえ、社内メールまたは郵送にて下記までお送りください。

保険証	記号	番号	連絡先	自宅の電話番号		
	フリガナ	名前		日中に連絡できる電話番号		
生年月日	(和暦)	年	月	日	性別	女性限定
住所	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>					

基本検査	詳細は、健保組合のホームページをご覧ください。 https://www.ihikenpo.or.jp/member/checkup/checkup_item01.html	被保険者（本人）	被扶養者（家族） 任意継続被保険者
		会社の定期健診 で受診	全員受診（無料）

選択できる検査	希望する検査項目の右欄に「○」をご記入ください。				
	★対象年齢の方は無料（年度内に下記の年齢に達する方 ※年度：4月1日～翌年3月31日）				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; border-radius: 10px; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">被保険者（本人）の方は定期健診で実施していない項目を受けることができます</p>	対象年齢	検査項目	被保険者（本人）	被扶養者（家族） 任意継続被保険者	
	20歳以上	胸部X線		選択不可	
		乳房超音波	どちらか		
		マンモグラフィ	1つに○		
		子宮頸部細胞診（医師採取法）			
	40歳以上	胃部X線	どちらか	選択不可	
		ペプシノーゲン（血液検査）	1つに○		
		大腸がん（便潜血）			
骨密度					

★対象年齢未満の方で検査を希望される方は、下記までお問い合わせください。

希望会場	☆健保組合のホームページに掲載されている「巡回健診 会場・時期リスト」をご参照のうえ、下記の第1希望、第2希望の欄に希望する会場の「 会場コード 」をご記入ください。 → 巡回健診会場・時期リスト https://www.ihikenpo.or.jp/member/checkup/checkup_list.html									
	9桁の会場コード	■ 第1希望	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	■ 第2希望	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

【送付および問い合わせ先（健康推進グループ）】

〒135-0061 東京都江東区豊洲3-1-1 豊洲IHIビル <社内メール>（本）健保 健推G
TEL：03-6204-8401