

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	
	4	4 5 6 7 8		0 3 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	
フリガナ	イシカワ ケンコ			日中に連絡できる電話番号	
名前	石川 健子			0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	
生年月日	(和暦) 昭和	5 0 年	1 月	2 3 日	性別 女性限定
住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 東京都江東区豊洲3-1-1				

	被保険者 (本人)	被扶養者(家族) 任意継続被保険者
基本検査	会社の定期健診 で受診	全員受診(無料)

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

選択できる検査 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 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 </div>	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)			
	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 マンモグラフィ	どちらか 1つに○	○
		子宮頸部細胞診(医師採取法)	○	
	40歳以上	胃部X線 ペプシノーゲン(血液検査)	どちらか 1つに○	選択不可
		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	1 2 0 1 2 3 4 0 1	■第2希望	1 3 2 3 4 5 6 0 1					

【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