

# 検査予約申込書（被保険者限定）

- ★ 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	1 2 3 4 5		03-1234-5678
フリガナ 名 前	イシハリ ケンコ		日中に連絡できる電話番号	090-1234-5678
	石播 健子			
住 所	〒	1 2 3	4 5 6 7	
	東京都江東区豊洲3-1-1			

基本検査	詳細は、健保組合のホームページ ( <a href="https://www.ihikenpo.or.jp">https://www.ihikenpo.or.jp</a> ) をご覧ください。	被保険者（本人）
		会社の定期健診で受診

<b>選択できる検査</b>  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	希望する検査項目の右欄に「○」を記入してください。 ★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	女 性	男 性
	20歳以上	乳房超音波	○	選択不可
		マンモグラフィ		選択不可
		子宮頸部細胞診（医師採取法）	○	選択不可
	40歳以上	骨密度	○	選択不可
50歳以上	前立腺がん（PSA）（血液検査）	選択不可		

★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。

希望の医療機関 ※4桁の医療機関コード	0 1 2 3	医療機関名	医療法人☆☆会 ○△クリニック	
希望日	■第1希望	7 月 3 1 日 （ 月 ）	■第2希望	7 月 2 4 日 （ 月 ）

【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