

人 間 ド ッ ク 利 用 申 込 書

★ 医療機関に予約後、当組合へ送ってください。

保 険 証	記号		番 号		所 属					
					社内メール					
フリガナ					生年月日	(和暦)				性別
被保険者名 (本人)						年	月	日		
住 所	〒 -									
利用する方	被保険者 (本人)	受診区分	① 人間ドック		② 健診 (下記検査項目を含むもの)		③ 各種検査 (脳ドック・婦人科など単独での検査)			
		該当するものに○								
		医療機関名					受診年月日	年	月	日
		医療機関所在地					電話	-	-	
		フリガナ					生年月日	(和暦)		
	名前						年	月	日	
	被扶養者 (家族)	受診区分	①人間ドック		②健診 (下記検査項目を含むもの)		③各種検査 (脳ドック・婦人科など単独での検査)			
		該当するものに○								
		医療機関名					受診日	年	月	日
		医療機関所在地					電話	-	-	
4月1日～翌年3月31日の間に、人間ドック以外の健診を受けましたか？ いずれかに○をつけてください。(健診の検査項目は下記参照)					1. 受けた	2. 受ける予定	3. 受けていない			

健診の検査項目

- 《 診 察 》 問診・身体測定・腹囲測定・血圧測定
- 《 脂 質 》 中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
- 《 腎機能 》 尿たんぱく
- 《 糖 尿 》 空腹時血糖またはヘモグロビンA1c・尿糖
- 《 肝機能 》 GOT・GPT

【 送付および問い合わせ先 】
 〒135-0061
 東京都江東区豊洲3-1-1豊洲IHIビル
 IHIグループ健康保険組合
 健康推進グループ
 TEL 03-6204-8401

受付日付印