

健康診断申込用紙

申し込み内容については、健康診断以外の目的で使用することは一切ありません。

※インターネットからお申し込みいただいた方は、この申込用紙の送付は不要です。

※健康保険証等枝番のご記入は不要です。

【必要事項(もれなくご記入ください)】

健康保険組合の名称		ネスレ健康保険組合										2026年			
健康保険証等の記号・番号		記号				番号									
被保険者からみた続柄		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者本人(任継)				<input type="checkbox"/> 2. 配偶者				<input type="checkbox"/> 3. 配偶者以外の家族					
受診者	フリガナ														
	氏名 <small>(健康保険証等の記載氏名)</small>														
	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和		<input type="checkbox"/> 平成		年		月		日				
	性別		<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女										
	住所		郵便番号				-		都道府県						
	市区郡町名 番地 マンション名など														
電話		-													
被保険者	勤務会社名														
	氏名														

■巡回型健診をご希望の方は、以下に会場コード・会場名を必ずご記入ください。

* 男性の方は、男性受診可能会場に●印のある会場よりお選びください。

* ご記入の会場コードと会場名が一致しない場合は、会場名を優先して受付いたします。

	実施会場コード								会場名			
第一希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
第二希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
第三希望	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

■施設型健診(指定医療機関)で健診をご希望の方は、以下にコード・指定医療機関名を必ずご記入ください。

医療機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	指定医療機関名	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------	----------------------

■オプション検査項目(ご希望の検査の□に✓印をつけてください)

* 胃部検査(コード200と206)および乳房検査(コード301と302)について重複受診はできません。

* マンモグラフィ法は年齢により撮影回数が異なります。35歳~49歳の方は2方向、それ以外の方は1方向となります。

* いずれの検査も会場・医療機関によりましては実施できない場合がありますので、「健康診断会場一覧」にて実施の可否をご確認ください。

* 腹部検査の料金は各医療機関によって異なります。「健康診断会場一覧」にてご確認ください。

項目名		コード	項目名		コード
<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症検査	601	<input type="checkbox"/>	乳房検査(超音波検査法)	301
<input type="checkbox"/>	前立腺検査	921	<input type="checkbox"/>	乳房検査(マンモグラフィ法)	302
<input type="checkbox"/>	胃部検査(胃部X線検査)	200	<input type="checkbox"/>	子宮検査(頸部細胞診)	402
<input type="checkbox"/>	胃部検査(ペプシ・ピロリ)	206	<input type="checkbox"/>	大腸検査(便潜血検査2回法)	504
			<input type="checkbox"/>	腹部検査(腹部超音波法3臓器)	801

※ 欄外にご記入いただいたご要望・ご意見には対応できません。所定の欄のみご記入ください。