

一泊・半日人間ドック・婦人科検診・前立腺検査利用申込書

検診機関名		令和 年 月分
-------	--	---------

事業所記号					
番号	受診者氏名	本人家族別	生年月日		予約日
1		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
2		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
3		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
4		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
5		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
6		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
7		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
8		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
9		本・家	昭・平	年 月 日	月 日
10		本・家	昭・平	年 月 日	月 日

令和 年 月 日

事業所

所在地

名称

事業主名

1. 同一検診機関で、同一月に複数の方が受診をする場合にご利用ください。
2. 対象者
 - ・人間ドック：年度中 30 歳以上の被保険者、被扶養者
 - ・乳がん検診：年度中 30 歳以上の女性被保険者、被扶養者
 - ・子宮がん検診：年度中 20 歳以上の被保険者、被扶養者
 - ・前立腺検査（腫瘍マーカーのみ）：年度中 50 歳以上の被保険者、被扶養者
3. 受診をする際は直接健診機関へ予約をしてください。予約が取れましたら、この利用申込書を当組合あてに送付してください。
4. 次の場合は、補助の対象外となります。
 - ・特定健診、生活習慣病検診以上の検査項目を受診していない
 - ・胃または腹部超音波検査のどちらも実施していない
 - ・巡回総合健診（女性のみ）を受診済み
5. それぞれ年度内 1 回のみの補助となります。
6. 指定検診機関については、保健事業一覧または当組合ホームページをご参照ください。
7. 提出いただいた個人情報、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規定に基づいて管理します。
8. ご不明な点は医療施設課までお問い合わせください。

☎052-882-9686

愛知県トラック事業健康保険組合