

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		年 月分
-------	--	---------

事業所記号 _____

	番号	受診者氏名	続柄	生年月日	予約検診年月日
1			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
2			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
3			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
4			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
5			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
6			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
7			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
8			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
9			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日
10			本・家	昭・平 年 月 日	年 月 日

年 月 日

事業所

所在地

名称

事業主名

愛知県トラック事業健康保険組合 殿

【上記検診（検査）の利用申込について】

- ① 同一検診機関で、同一月内に複数人受診の場合はまとめて記入して下さい。
- ② 受診する際、事業所もしくは受診者本人が直接検診機関へ予約をして下さい。
また、この利用申込書は必ず当組合あてに送付して下さい。
- ③ 次の場合は、補助の対象外となります。
なお、人間ドックについては特定健診、生活習慣病検診以上の検査項目を必ず受診して下さい。
 - (1) 胃または腹部超音波検査のどちらも実施していない場合
 - (2) 巡回総合健診（女性のみ）を受診済みの場合
- ④ 各指定検診機関については、保健事業一覧もしくは当組合ホームページを参照してください。
- ⑤ ご提出いただいた個人情報は、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規程に基づいて管理します。
- ⑥ 補助については年度内1回のみとなります。
- ⑦ 補助対象者について、**人間ドックは年度中 30歳以上の被保険者・被扶養者の方。乳がん検診は年度中 30歳以上の被保険者・被扶養者の方。子宮がん検診は年度中 20歳以上の被保険者・被扶養者の方。前立腺検査は年度中 50歳以上の被保険者・被扶養者（男性のみ）の方です。**
- ⑧ ご不明な点がございましたら医療施設課までお問い合わせください。【☎052-211-7821】