

F	建設国保→健診機関	建設国保→支部
A		
X		

日帰り人間ドック 申込書

申込日： 年 月 日

※建設国保日帰り人間ドック補助対象者は下記の方です。

- 建設国保加入の **35歳の方** (今年度内[4月1日～3月31日]に35歳になる方)
自己負担11,000円です。(女性は子宮がん検診含む) オプションで、肺ヘリカルCTのみは半額補助があります。乳がん検診は実費です。
- 建設国保又は建設労働組合に加入の **今年度末までに40歳以上の方**
半額補助があります。窓口でのお支払いは、費用の2分の1です。(下記オプション検査は対象年齢により半額補助有)
※労働組合のみ加入の組合員は4分の3が自己負担になります。(窓口で2分の1支払後、残り4分の1は後日支部から請求が来ます。)
- 建設国保加入の **上記対象外年齢** (34歳以下・36歳～39歳)
オプションで、肺ヘリカルCTのみ半額補助があります。(その他の項目は実費です。)

※建設国保ドック(補助あり)希望者は、医療機関に予約済みであっても、必ず所属支部に申込書を送付してください。
(申込みが健診日前日までに所属支部に提出されない場合は、補助が適用されませんのでご注意ください。)

☆下記①～④へご記入し、所属支部へ申込みください。

①受診希望 健診機関名 をご記入ください。

組 合 員				組 合 員 ・ 配 偶 者 ・ 家 族			
②建設国保の人間ドックを受けられたことはありますか。 ※初めて受診の方で、C型肝炎検査未受診者は初回料金になります。 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 (前回 年前)				②建設国保の人間ドックを受けられたことはありますか。 ※初めて受診の方で、C型肝炎検査未受診者は初回料金になります。 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 (前回 年前)			
③受診者情報・受診内容・資格を記入してください。				③受診者情報・受診内容・資格を記入してください。			
保険証	記号	番号	枝番	保険証	記号	番号	枝番
	岡 3 0 4		0 1		岡 3 0 4		
氏名カナ				氏名カナ			
氏 名				氏 名			
男 ・ 女				男 ・ 女			
生年月日 S ・ H 年 月 日 (歳)				生年月日 S ・ H 年 月 日 (歳)			
住 所 〒 -				住 所 〒 -			
携帯電話 -				携帯電話 -			
電 話 -				電 話 -			

↓ 希望オプション検査項目に ○ をしてください。		↓ 希望オプション検査項目に ○ をしてください。	
<input type="checkbox"/>	胃バリウム検査から胃カメラ検査へ変更	<input type="checkbox"/>	胃バリウム検査から胃カメラ検査へ変更
<input type="checkbox"/>	前立腺腫瘍マーカー(PSA) : 補助対象(50歳以上男性)	<input type="checkbox"/>	前立腺腫瘍マーカー(PSA) : 補助対象(50歳以上男性)
<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 : 補助対象(35歳・40歳以上女性)	<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 : 補助対象(35歳・40歳以上女性)
<input type="checkbox"/>	乳がん(マンモグラフィ) : 補助対象(40歳以上女性) 補助は1つのみ	<input type="checkbox"/>	乳がん(マンモグラフィ) : 補助対象(40歳以上女性) 補助は1つのみ
<input type="checkbox"/>	乳がん(超音波) : 補助対象(40歳以上女性)	<input type="checkbox"/>	乳がん(超音波) : 補助対象(40歳以上女性)
<input type="checkbox"/>	肺ヘリカルCT	<input type="checkbox"/>	肺ヘリカルCT

↓ 資格確認 : 該当の資格に ○ をしてください。		↓ 資格確認 : 該当の資格に ○ をしてください。	
<input type="checkbox"/>	建設国保加入35歳(年度内到達年齢)	<input type="checkbox"/>	建設国保加入35歳(年度内到達年齢)
<input type="checkbox"/>	建設国保加入40歳以上(年度内到達年齢)	<input type="checkbox"/>	建設国保加入40歳以上(年度内到達年齢)
<input type="checkbox"/>	建設労働組合のみ加入(保険証は建設国保以外)	<input type="checkbox"/>	建設労働組合のみ加入(保険証は建設国保以外)
<input type="checkbox"/>	補助対象外年齢 又は 組合外(建設国保・労働組合未加入)	<input type="checkbox"/>	補助対象外年齢 又は 組合外(建設国保・労働組合未加入)

④受診希望日【受診希望者記入欄】(希望指定はできません。)	【医療機関記入欄】人間ドック受診決定日
月 日 (頃) (医療機関への予約状況) <input type="checkbox"/> 未予約 <input type="checkbox"/> 予約済み	月 日 ※医療機関日程調整ご担当者様へ 日程・検査内容等はご本人と調整していただきますようお願いいたします。

備考 :

- ※オプションで、対象年齢の方には組合から補助があります。(医療機関によりコース料金に含まれているオプション有)
- ※子宮がん検診・乳がん検診・肺ヘリカルCTを実施していない、または胃カメラに変更できない医療機関もあります。
また、胃バリウム検査から胃カメラへの変更は、料金が変わる医療機関もあります。申込み時ご確認ください。