

健保受付番号

巡 回 主 婦 健 診 申 込 書

西武健康保険組合 御中
下記の通り申し込みます。

保険証記号番号		記号	番号	
被 保 険 者	会社名			所属
	氏名	Ⓜ		
受 診 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
	住所	(〒 -)		
電話番号	()			
希望健診会場			健診日	会場名
		第一希望	月 日	
		第二希望	月 日	
胃部X線検査 (40歳以上の方のみ記入)		1. 希望する		2. 希望しない

《対象者》

健康保険証カードをお持ちの被扶養者(妻)の方に限ります。

《申込方法》

太枠内をご記入のうえ、**受診日の2ヶ月前まで**に会社担当者経由で西武健保へご提出ください。

- ◎健診機関の都合により日程が変更になる場合があります。その際は受診日の20日ほど前までに健診機関より電話連絡があります。
- ◎受診日の10日ほど前に健診機関よりご自宅へ案内書が送付されます。
- ※郵送されない場合は西武健保までご連絡ください。

《注意事項》

- 巡回主婦健診の受診は1年度1回です。同年度内に人間ドックや乳がん検診の補助は受けられません。
- 胃部X線検査は40歳以上の方が対象です。(年度末3月31日までに40歳になる方も対象となります。)
- この申込書の提出をもって、健診機関が西武健保に健診結果を通知することに同意したものとさせていただきます。
- 受診時に案内書に同封されている**問診票と健康保険証**をご提出ください。
- 巡回主婦健診を受診すると、特定健康診査を受診したことになりますので、重ねて受診する必要はありません。
(「高齢者の医療の確保に関する法律」による記録の保存のため、健診機関から西武健保に特定健康診査のデータが送られます。)
- 受診日に西武健保の資格を喪失している場合は利用できません。
- 二次検査を要する場合は保険診療になります。

会社承認欄	

健保受付印