

生活習慣病健診申込書

申込期限：健診予約日1週間前までに、会社の担当者経由で申込書を健康保険組合へ提出してください（最終提出期限は9月30日）。

日本情報機器健康保険組合 行

健康保険証記号番号	氏名（ふりがな）	電話（日中連絡の取れる番号）	会社名・勤務地
	（ ）		勤務地（ ）
受診医療機関（予約した医療機関に○印）			
1. 東京都予防医学協会（保健会館）	13. ヘルチェック ファーストプレイス横浜		
2. サン虎の門クリニック	14. ヘルチェック 横浜西口センター		
3. 新赤坂クリニック 青山 ※申込できません	15. ヘルチェック レディース横浜		
4. 新赤坂クリニック 銀座 ※申込できません	16. ヘルチェック 川崎センター		
5. 新赤坂クリニック 横浜 ※申込できません	17. ヘルチェック 大宮センター		
6. ヘルチェック 新宿西口センター	18. 関西医科大学 天満橋総合クリニック		
7. ヘルチェック レディース新宿	19. 全日本労働福祉協会 東海診療所		
8. ヘルチェック 池袋センター	20. ふくおか公衆衛生推進機構 ガーデンシティ健康プラザ		
9. ヘルチェック 日本橋センター	21. 宮城県予防医学協会健診センター		
10. ヘルチェック 渋谷アクシュ	22. 札幌フジクリニック		
11. ヘルチェック 横濱ゲートタワー	23. 日本健康文化振興協会 予約健診機関名 〔 〕		
12. ヘルチェック 横浜東口センター			
健診予約日	2025年 月 日（ ）		
乳がん検査 (35歳以上の女性のみ希望に○印)	マンモグラフィー ・ 超音波検査		
備 考			

※受診希望日を健診機関に電話予約して、健診予約日を記入してください。
※備考欄には胃カメラ等の有料オプションを追加した場合などについて記入してください。

※個人情報について

健診の実施にあたり、事業所と健保組合との間で健診結果情報等の共同利用を行いますので、健診の受診申込みに際しては、特段明確な反対・留保の意思表示がないものについては「黙示的な同意」が得られたものとして取り扱わせていただきます。

なお、同意されない場合は当組合までお申し出ください。

2025年 月 日

受診申込者名

※必ず自署願います。