

健診機関名：（ ） 申込日： 年 月 日

追加検査(オプション)申込書

(胃カメラ、腹部エコー、PSA、骨粗しょう症検査)

※ 健診機関へ直接支払分

	被保険者等の番号	フリガナ	本人・ 家族	追加検査項目	追加検査項目	追加検査項目	備 考
		氏 名					
1			本人・ 家族				
2			本人・ 家族				
3			本人・ 家族				
4			本人・ 家族				
5			本人・ 家族				
6			本人・ 家族				
7			本人・ 家族				
8			本人・ 家族				
9			本人・ 家族				
10			本人・ 家族				

追加検査(オプション)の支払い方法

※必ず1か2を選択してください。お支払い方法は、事業所単位で統一してください。

1. 健診当日、本人が健診機関の窓口にて支払い。
2. 後日、事業所に請求。

(事業所名)

(所在地) 〒

(電話番号)

(担当者名)

大阪ニッソ健康保険組合

(事業所記号)

)