

2024年度

<提出先> 被保険者（従業員）→健康管理室

がん検診（胃）の受診検査変更申出書 （胃部X線検査から胃カメラ検査へ）

提出日	保険証記号	保険証番号	生年月日	氏名（自署の場合は押印を省略できます。）
2024年4月21日	1001～1118の記号	1桁～6桁	昭和41年12月3日	日本橋 太郎 ㊟
				㊟

胃部X線検査対象ですが、下記項目に該当するため、産業医の判断、所見をもって事前にTDK健康保険組合に変更申出書を提出させていただきます。

【変更申出の条件】（①～③は必須、および④の事由事項のいずれか）

①従業員向け定期健康診断（注意：人間ドックは対象外です。）

②受診期間は2024年4月1日～2025年3月31日

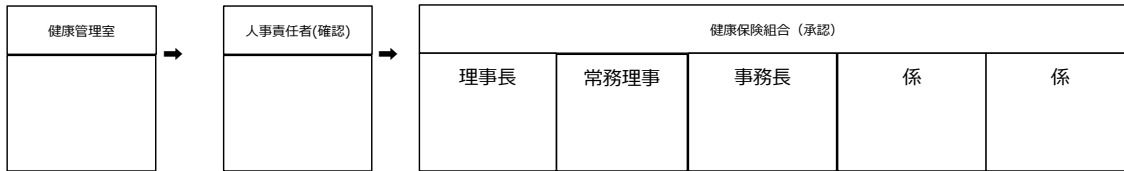
③対象者は被保険者のみ35歳以上（年齢基準日：2025年3月31日）

④胃のバリウム検査が受けられない人

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ① 急性胃腸炎、潰瘍性大腸炎、クローン病で通院中の方 | ⑤ 当日の血圧が最高血圧180mmHg/最低血圧110mmHg以上の方 |
| ② 腸閉塞(癒着性イレウス)、大腸憩室炎の既往のある方及び通院中の方 | ⑥ 妊娠中または妊娠の可能性のある方 |
| ③ 下部消化管穿孔の既往歴のある方 | ⑦ 透析治療を受けている方（腹膜透析含む） |
| ④ バリウムによるショック症状や副作用のあった方 | ⑧ COPDなどで酸素ボンベを使用中の方 |
| ⑨ 体重120kg以上の方 | ⑩ 自力で立位を保持することや撮影台の手すりを自分でつかむことが困難な方 |

会社名				
地区又は工場名				
変更該当事由 ※上記①～⑩のいずれか				
	※必要に応じ補足コメント記入下さい。			
産業医署名欄	㊟			
	年	月	日	

【必要に応じ補足コメント記入例】胃カメラ検査も受けられないため、ペプシノゲン検査で対応します。



※事前提出されTDK健康保険組合が認めた場合、費用補助します。（但し、税込み17,600円を上限とする。上限を超えた分は本人負担です。）