

(個人) FAX専用

常務理事	課長	係長(主任)	扱者

受診者 ⇒ 健保組合

**生活習慣病予防健診 A2 / B
人間ドック 利用申込書
脳検査**

フリガナ		本人	保険証 記号・番号	—
受診者名	男 女	・ 家族	生年月日	S ・ H (歳)
住所 (自宅)	〒 TEL ()			
健診機関名	◆ 当てはまるものに○で囲んでください。			
		東振協 契約機関	関東めつき組合 個別契約機関	契約外 機関
事業所名	受診日	令和	年	月 日
健診種目	◆ 受診を希望する健診種目にレ印をつけてください。			
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 A2 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 B (35歳以上) <input type="checkbox"/> 日帰りドック (35歳以上) <input type="checkbox"/> 1泊ドック (45歳以上) <input type="checkbox"/> 脳検査 (50歳以上)			
オプション検診	<input type="checkbox"/> PSA (50歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 超音波 ※乳がん検診は、マンモグラフィー又は超音波のいずれか一方を選択となります。			

●受診者一部負担金 (原則として、医療機関に直接お支払いください)

- (東振協)生活習慣病予防健診A2:4,000円
- (東振協)生活習慣病予防健診B:8,000円
- (個別)生活習慣病予防健診B:健診料金(消費税を含む)から12,000円を差し引いた額(最低負担限度額:8,000円)
- (35歳以上)日帰りドック:健診料金(消費税を含む)から25,000円を差し引いた額
- (45歳以上)1泊ドック:健診料金(消費税を含む)から30,000円を差し引いた額
- (オプション検診 PSA・子宮がん・マンモグラフィー/超音波):各検診ごとにつき1,000円*ドック・生活習慣病受診の場合可
- (50歳以上)脳ドック:健診料金(消費税を含む)から15,000円を差し引いた額

上記のとおり予約がとれましたので連絡いたします。

受付印

●FAX後、控として保管してください。

令和 年 月 日

関東めつき健康保険組合 行

FAX 03 (3813) 5363

注意！ 重複受診・無資格受診にお気を付けください！ 健診費用が全額自己負担になります。

当健保組合の健診の補助は、同一年度内(4月から翌年3月)で1回限りです。

当組合では、受診票の交付はしていません(令和3年4月1日から廃止)。

労働安全衛生法等に基づく健診結果は、事業主や健康保険組合等との委託契約に定められた職域健康管理上必要な部署、ご担当者にご報告させていただきます。
--