

Eメール 専用

常務理事	課長	係長(主任)	係

事業所 ⇒ 健保組合

(事業所巡回) 生活習慣病予防健診利用申込書

*被扶養者または任意継続被保険者の方で無料で受診できる特定健診(40歳以上が対象)をご希望の方は、年度当初(4月)に交付する「受診券」をご利用ください。

健診を受ける健診機関名	事業所名称
	所在地
	電話
	申込責任者

※ 健診機関に申込書(複写)を送付するため、健診機関ごとに申込書を提出してください。

記号	番号	氏名	区分	性別	生年月日	年齢	受診日	オプション		
								<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> マンモ <input type="checkbox"/> 超音波

●受診者一部負担金の支払い方法 (原則として医療機関に直接お支払いください)

(個別)生活習慣病予防健診:健診料金(消費税を含む)から12,000円を差し引いた額 (但し、最低負担限度額4,500円)

(東振協)生活習慣病予防健診B:8,000円

(オプション検査) PSA:1,000円 *男性のみ受診可 / 子宮・マンモグラフィ・超音波:各1,000円 *女性のみ受診可

上記のとおり予約がとれましたので連絡いたします。

●メール後、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

E メール

kobayashi@mekikempo.or.jp