委託契約健診（任意継続被保険者用）申込書

健診場所：「委託契約医療機関一覧」からお選びください

申込日　　年　　月　　日

記　号	番　号	被保険者氏名	健診年齢
9900			歳
住　所	〒		↑ 令和６年３月31 日時点の年齢
日中の連絡先	（　　）		

医療機関コード	No.				医療機関名	

ご希望の健診内容に、チェック☑を付けてください		受診希望月
☐定期基本健診 □血液検査（34 歳以下希望者） □心電図検査、腹囲計測（39 歳以下希望者）		月
☐消化器基本健診	☐子宮頸がん健診（女性のみ）	
☐乳房健診（女性のみ）	☐大腸がん健診	
☐骨密度検査（女性のみ）	☐腹部エコー検査	
☐眼底検査	☐眼圧検査	
☐PSA 検査(男性のみ)	☐脳健診（50 歳以上）	

◎　上記、定期基本健診、消化器基本健診、子宮頸がん健診以外の健診内容については、当健保組合負担上限額を超えた料金は自己負担となります。
各検査項目の当健保組合負担上限額は HP 内の委託契約健診をご覧ください。

◎　医療機関によっては、申込み不可の検査項目がありますので、「委託契約医療機関一覧」にて確認の上、お申込みください。

申込み後、受診日に当健保組合の資格を喪失している場合は、受診できませんのでご了承ください。

お問合せ先 ・ お申込み先	管理課　TEL ０３－３２９１－４５３５／FAX ０３－３２９１－４４３５ 〒101-8325　東京都千代田区神田駿河台 2-1 管工業健康保険組合　管理課宛