

委託契約健診（任意継続被保険者用）申込書

受診会場：別紙「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3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
---------	-----	-------

ご希望の健診項目に、○をつけてください	受診 希望月
<input type="checkbox"/> 定期基本健診 <input type="checkbox"/> 血液検査（34歳以下希望者） <input type="checkbox"/> 心電図検査、腹囲計測（39歳以下希望者）	月
<input type="checkbox"/> 消化器基本健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診（女性のみ）	
<input type="checkbox"/> 乳房健診（女性のみ） <input type="checkbox"/> 大腸がん健診	
<input type="checkbox"/> 骨密度検査（女性のみ） <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査	
<input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 眼圧検査	
<input type="checkbox"/> PSA検査（男性のみ） <input type="checkbox"/> 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検査項目については、当健保組合上限負担額を
超えた分の料金を医療機関窓口でお支払いください。

各検査項目の当健保組合負担上限額は別紙にてご確認ください。

◎ 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別紙「委託契約医療機関一覧」にてご確認の上お申
 込みください。

お申込み後、受診日において資格を喪失している場合、受診することができませんのでご了承ください。

お問合せ ・ 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 健康管理センター 管理課宛
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------