委託契約健診・特定健診(集合契約)申込書(被扶養者用)

ご希望の会場の健診項目にチェックを付けて、郵送又はFAXでお申込みください。

申込日 年 月 日

記号	番号	被扶養者氏名	健診年齢
			歳
住所	〒		↑ 4月から翌年 3月までに迎 える年齢をご 記入ください
日中の 連絡先	()		

1. 委託契約健診

☐	定期基本健診		希望医療機関・希望月を ご記入ください。		
	☐	血液検査(34歳以下の希望者) ※35歳以上は必須項目			
☐	☐	心電図検査(39歳以下の希望者) ※40歳以上は必須項目	医療機関コード		
☐	消化器基本健診(胃バリウム検査)				
☐	子宮頸がん健診(女性のみ)				
☐	乳房健診(女性のみ)	当 健 保 組 合 負 担 上 限 額	5,000円	医療機関名	
☐	大腸がん健診		1日法 700円、2日法 1,400円		
☐	骨密度検査(女性のみ)		800円		
☐	腹部エコー検査		3,500円		
☐	眼底検査		700円		
☐	眼圧検査		500円		受診希望月
☐	PSA検査(男性のみ)		2,000円		
☐	脳健診(50歳以上)		12,000円		

・上記乳房健診以下の検査項目については、当健保組合負担上限額を超えた分の料金を医療機関窓口にお支払いください。

・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、ご確認の上お申込みください。

2. 特定健診(集合契約)

※実施医療機関は健康保険組合連合会「特定健診等実施機関検索システム」から確認できます。(http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/)

☐	特定健診(40歳以上)	希望月を ご記入ください →	月
--------------------------	-------------	-------------------	---

・40歳以上の方が対象です。受診希望月の2カ月前までにお申込みください。

・受診希望月の2週間前までにご自宅へ受診券をお送りします。(発行日より3カ月間有効。)

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
---------------	---