

## 委託契約健診・特定健診（集合契約）申込書（被扶養者用）

ご希望の受診会場の健診項目にチェックをつけて郵送または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

<input type="checkbox"/>	定期基本健診		希望医療機関・希望月 をご記入ください。
	<input type="checkbox"/>	血液検査（34歳以下の希望者） ※35歳以上は必須項目	
	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	消化器基本健診（胃バリウム検査）		
<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）	当健保組合負担上限額	3,000円
<input type="checkbox"/>	大腸がん健診		1日法700円、2日法1,400円
<input type="checkbox"/>	骨密度検査（女性のみ）		800円
<input type="checkbox"/>	腹部エコー検査		2,800円
<input type="checkbox"/>	眼底検査		1,100円
<input type="checkbox"/>	眼圧検査		800円
<input type="checkbox"/>	PSA検査（男性のみ）		2,000円
<input type="checkbox"/>	脳健診（50歳以上）		12,000円
			医療機関名
			受診希望月

・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/>）

<input type="checkbox"/>	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ヵ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ヵ月間有効。）

お問合せ お申込み先	<b>管理課 TEL 03-3291-4535 / FAX 03-3291-4435</b> 〒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
---------------	--