

東振協健診(任意継続被保険者用) 申込書

受診会場: 別紙「東振協健診実施医療機関一覧表」からお選びください

申込日 年 月 日

組合名	管工業健康保険組合			コード	13-327	
保険証 記号番号	記号	9900	番号			
受診 被 保 険 者	フリガナ				性別	続柄
	氏名				1. 男 2. 女	1
	生年月日	年	月	日生		
	住所 (結果等送付先)	〒 _____ TEL _____				
	日中の 連絡先	TEL _____ ()				
健診コースコード		受診希望月	第1希望	第2希望		
ご希望の 健診医療機関	医療機関 コード					
	医療機関名					



下記の検査をご希望の方は○を付けてください

子宮頸がん健診 (女性のみ)	PSA検査 (前立腺検査) (男性のみ)
乳房検査 (女性のみ)	内視鏡検査

◆健診料金
A・Bコース: 無料 B1コース2,500円

乳房検査で「触診あり」の場合は+500円
 PSA検査ご希望の場合は+700円
 胃バリウム検査を内視鏡検査に変更の場合は、
 +4,223円

◆記入もれのないように再度ご確認ください。

提出先 (郵便またはFAXでお申込みください)
 〒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
FAX 03-3291-4435
 ☆送信面を確認してください☆
 TEL 03-3291-4535