

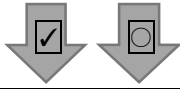
# 申込書Ⅱ

## 年度 被扶養者の健康診断申込書

申込日 年 月 日

保険証記号	保険証番号	受診者の氏名 (被扶養者)	フリガナ.....	男 女	年齢 歳
住所	〒 TEL		日中の連絡先 TEL		

その年度の  
3月31日  
時点の年齢



下記いずれかを選んで☑し、ご希望の健診項目に○をつけてください  
◆ご希望の健診の太枠内を漏れなくご記入ください。 ◆郵送またはFAXでお申込みください。

健康管理センター 診療所での 健診	☐	↓受診を希望する健診項目に ○ をつけてください。		希望の時期をご記入ください		
		<input type="checkbox"/>	定期基本健診	第一希望	第二希望	第三希望
		<input type="checkbox"/>	35~39歳の方で、心電図ご希望の方は○をつけてください。			
		<input type="checkbox"/>	50歳以上男性でPSA検査をご希望の場合は○をつけてください。			
		<input type="checkbox"/>	胃バリウム検査 (40歳以上)			
		<input type="checkbox"/>	子宮頸がん健診 (女性のみ、原則木曜日)			
	<input type="checkbox"/>	人間ドックコース (当組合の健診を受診している40歳以上の方) (大腸がん健診(便潜血検査)、腹部エコー検査、眼底・眼圧検査、骨密度検査(女性のみ))	月	月	月	

◎人間ドックコース(男性2,500円、女性3,500円)、PSA検査(700円)を受診される場合は有料となりますので、健診当日窓口にてカッコ内の金額をお支払いください。

委託契約 健診	☐	↓受診を希望する健診項目に ○ をつけてください。		委託医療機関名をご記入ください。(一覧から選んでください。)	
		<input type="checkbox"/>	定期基本健診		
		<input type="checkbox"/>	35~39歳の方で、心電図・腹囲計測を希望の方は○をつけてください。		
		<input type="checkbox"/>	消化器基本健診(胃バリウム検査)(40歳以上)		
		<input type="checkbox"/>	子宮頸がん健診(女性のみ)	コード	
		<input type="checkbox"/>	大腸がん健診(40歳以上)	組合負担上限額: 1日法700円、 2日法1,400円	医療 機関名
		<input type="checkbox"/>	乳房健診(女性のみ)	組合負担上限額: 3,000円	
		<input type="checkbox"/>	脳健診(50歳以上)	組合負担上限額: 12,000円	
<input type="checkbox"/>	骨密度検査(女性のみ)	組合負担上限額: 800円	受診 希望月		

◎大腸がん健診、乳房健診、脳健診、骨密度検査は、上記の「組合負担上限額」を超えた分を医療機関窓口でお支払いください。  
◎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、医療機関一覧にて確認のうえお申込みください。

特定健診 (集合契約)	☐	↓受診希望月をご記入ください	受診希望月の2週間前までにご自宅へ『特定健康診査受診券(セット券)』を送付します(発行日より3カ月間有効)。
		月	

◎40歳以上の方が対象です。

巡回健診	☐	↓希望健診会場をご記入ください	当組合のスタッフが東京近郊の施設に向いて行う健診(定期基本健診)です。健診会場と実施時期は一覧表でご確認ください。日時が決まりましたら受診券をお送りします。
		コード 会場名	

### 【上記の健診以外の申込み方法】

- ◆春季・秋季被扶養者健診: 申込書Ⅰでお申込みください。(申込時期にご注意ください)
- ◆東振協健診: 申込書Ⅲでお申込みください。
- ◆健診費用助成金申請: 『健診費用助成金申請書』に必要書類を添付してご提出ください。

管工業健康保険組合  
健康管理センター  
医事課 TEL 03-3291-4539  
管理課 TEL 03-3291-4535

郵便 〒101-8325 東京都千代田区神田駿河台2-1  
FAX 03-3291-4435 ☆送信面を確認してください☆

- ★受診希望月の2カ月前までにお申込みください。
- ★FAX番号はお間違いないようお願いいたします。