

**申込書Ⅲ**

**東振協健診申込書（被扶養者用）**

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	番号		
被 保 険 者	勤務 事業所名				
	氏名				
受 診 者	フリガナ			性別	続柄
	氏名			1. 男 2. 女	2
	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 (○をつけてください)		B・B1	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

女性の方	
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん健診
<input type="checkbox"/>	乳房検査

男性の方	
<input type="checkbox"/>	PSA検査（前立腺検査）

男女共通	
<input type="checkbox"/>	胃部X線検査を内視鏡検査に変更

◆健診料金  
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
- ・胃部X線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☆