

東振協健診申込書

※医療機関に予約後、健康保険組合まで郵送もしくは、FAXしてください。

【FAX番号 06-6262-7130】

申込医療機関	コード	健診機関名称

被保険者証 記号	
-------------	--

(○で囲んでください)

被保険者証 番号	氏名	(フリガナ)	本人・家族	健診種別 (○で囲んでください)	A1	B	Bコースオプション	
			本・家		A2 (法定定期)	B1	子宮	乳房
					A2 (入社時)		1	3
	生年月日	S・H 年 月 日	健診予約日	年 月 日	2	4		
被保険者証 番号	氏名	(フリガナ)	本人・家族	健診種別 (○で囲んでください)	A1	B	Bコースオプション	
			本・家		A2 (法定定期)	B1	子宮	乳房
					A2 (入社時)		1	3
	生年月日	S・H 年 月 日	健診予約日	年 月 日	2	4		
被保険者証 番号	氏名	(フリガナ)	本人・家族	健診種別 (○で囲んでください)	A1	B	Bコースオプション	
			本・家		A2 (法定定期)	B1	子宮	乳房
					A2 (入社時)		1	3
	生年月日	S・H 年 月 日	健診予約日	年 月 日	2	4		

【対象年齢と一部負担金】

コース	対象年齢	一部負担金(円)
A1コース (若年者定期)	主に30歳未満の被保険者 及び被扶養者	500
A2コース (法定定期・入社時)	(法定定期) 主に30歳以上の被保険者及び被扶養者	3,000
	(入社時) 新たに雇用された方	
Bコース (生活習慣病)	35歳以上の被保険者 及び被扶養者	5,000
B1コース (健康定期)	35歳以上の被保険者 及び被扶養者	3,000

【Bコースのみのオプション】

婦人科検診			一部負担金(円)
子宮 細胞診	1	自己採取	0
	2	医師採取	1,388
乳房 超音波	3	視触診なし	1,630
	4	視触診あり	2,180

※ 受診いただけるのは、それぞれ1項目ずつです。

※ 予約の際に受診可能な項目を健診機関にご確認ください。

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

【申込方法と注意事項】

- ご希望の受診日・健診(コース)名・健保組合名・氏名・年齢等を医療機関に申し出て、電話で予約してください。
- この申込書を受診日の7日前までに当組合へ提出してください。
- 受診日当日に健保の資格がないと受診できません。資格がない状態で受診された場合は、実費を請求させていただく場合があります。
- 一部負担金は、当日医療機関へお支払いください。
- 各種健診の受診は、同一年度内1回に限ります。(当年4月1日～翌年3月31日まで)

受診日当日は健康保険証を必ずご持参ください

大阪婦人子供既製服健康保険組合