

# 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

健康保険 記号	
------------	--

(○で囲んでください)

健康保険 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		

  

健康保険 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		

  

健康保険 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。  
※『東振協健診受診希望』と必ずお伝えください。お申し出がないと契約代金が適用されない場合がありますのでご注意ください。
- 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、マイナ保険証・資格確認書のいずれか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