

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・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

東振協健診申込書(続紙)

※この用紙をご使用の際は、この用紙と申込書の両方をご提出ください。

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)	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)	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)	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)	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)	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)	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

東振協健診コース別検査項目一覧

検査分類	検査項目	A 1 コース	A 2 コース		B コース	B 1 コース
			法定定期健診	入社時健診		
問 診	問診	●	●	●	●	●
身体計測	身長	●	●	●	●	●
	体重	●	●	●	●	●
	BMI指数	●	●	●	●	●
	標準体重	●	●	●	●	●
	腹囲		●	●	●	●
視 力	視力	●	●	●	●	●
血 圧	最高/最低	●	●	●	●	●
聴 力	オーディオメーター・音叉等	●	●	●	●	●
検 尿	糖	●	●	●	●	●
	蛋白	●	●	●	●	●
	潜血反応				●	●
胸部X線	直接または間接	●	●	●	●	●
心電図	心電図		●	●	●	●
生化学検査	AST (GOT)		●	●	●	●
	ALT (GPT)		●	●	●	●
	γ-GTP		●	●	●	●
	ALP				●	●
	HDLコレステロール		●	●	●	●
	LDLコレステロール		●	●	●	●
	中性脂肪		●	●	●	●
	総コレステロール				●	●
	クレアチニン				●	●
	eGFR				●	●
	尿酸				●	●
	空腹時血糖		●	●	●	●
	HbA1c		●	●	●	●
	血球検査	赤血球数		●	●	●
ヘマトクリット					●	●
ヘモグロビン			●	●	●	●
MCV					●	●
MCH					●	●
MCHC					●	●
白血球数					●	●
血小板					●	●
胃部X線	直接または間接				●	●
便潜血反応	免疫2回法				●	●
眼底検査	眼底検査		●	●	●	
腹部超音波	胆のう・肝臓・腎臓・膵臓・脾臓				●	
婦人科検診	子宮細胞診検査 (医師採取又は自己採取法による)				●	
	乳房診検査 (超音波診断法による) 又は (医師の 視診・触診及び超音波診断法による)				●	

※ 婦人科検診は、Bコースのみのオプションです。