

※胃部X線検査等、受検されない検査項目がある場合は、必ず事前に医療機関に連絡して下さい

(当日キャンセルの場合、その費用は皆さまの大切な限りある保険料から負担することになりますので事前の連絡をお願いします)

平成29年度 1日人間ドック申込書 (被保険者用)

※被保険者ではない事業主の方は、「事業主用」をホームページからダウンロードして下さい

医療機関No.
医療機関名

◎事業所名

◎所在地 〒

◎TEL ()

◎連絡者名

つぎのとおり申し込みます。

(※40才以上)

※必ずご記入下さい

保険証		フリガナ		生年月日	年齢	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	子宮がん検査希望	乳がん検査希望		備考
記号	番号	氏	名							有・無	有・無	
						男・女			有・無	有・無	超音波・マンモグラフィ	
		問診票等希望送付先	〒					TEL				
						男・女			有・無	有・無	超音波・マンモグラフィ	
		問診票等希望送付先	〒					TEL				
						男・女			有・無	有・無	超音波・マンモグラフィ	
		問診票等希望送付先	〒					TEL				

◎申込書は医療機関ごとに作成して下さい。

◎申込書は健保組合に郵送して下さい。(FAX不可)

◎本人負担額16,200円は、健診当日に医療機関窓口でお支払い下さい。

◎女性の方は乳がん・子宮がん検査の有無を必ずご記入下さい。また、乳がん検査を希望される方は、超音波・マンモグラフィの何れか一方を○で囲んで下さい。

◎「健診についてのアンケート」にご協力下さい。(HPから印刷出来ます)

◎受検日に資格を喪失している場合は、補助対象となりませんのでご注意ください。

※健診事業遂行のために以下のことを行います。

①健診委託機関への申込者情報を提供します。

②健診委託機関からの受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。

以上のことについて、ご質問のある方は、組合までご連絡下さい。

申込書送付先：〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合 (TAAけんぼ)

TEL03 (3232) 5541