

《法人事務所の事業主の方で税務会計監査健保組合の保険証をお持ちの方は、(被保険者用)の申込書でお申し込みください》

※ 胃部X線検査等、受検を希望されない検査項目がある場合は、『備考欄』へご記入の上、必ず事前に健診医療機関へ連絡してください。
(当日キャンセルは、医療機関に大変な迷惑となります。医療機関によってキャンセル料がかかりますので、必ず事前の連絡をお願いします。)

※NO.64 河北総合病院と
NO.69 セラヴィ新橋クリニックは、
契約終了のため申込みできません。
NO.44 新川橋病院は男性のみ申込み可能

2019年度 成人病健診申込書 (事業主用)

医療機関No.
医療機関名

◎事業所名
◎所在地 〒
◎TEL ()
◎連絡者名

申込締切日
2019年6月28日(金) 必着
(FAX不可)

つぎのとおり申し込みます。

※必ずご記入下さい

(実施期間 5月～10月)

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 (予約日・実施を希望 しない検査等)
記号	番号	氏	名							有・無	有・無	
	事業主								有・無	有・無	超音波 ・ マンモグラフィ	
		問診票等の送付先	〒					TEL				

- ◎『保険証』の『記号』欄には税務会計監査健保組合の事業所記号(数字)を記入してください。
- ◎女性の方は乳がん・子宮がん検査の有無を必ずご記入ください。また、乳がん検査を希望される方は、超音波・マンモグラフィのどちらか一方を○で囲んでください。
- ◎必ず実施期間内に受検してください(5月～10月)
- ◎健診のコースや医療機関の変更があった際には、必ず事前に健保組合に連絡してください。
- ◎本人負担額の5,000円(税別)は、健診日当日医療機関の窓口でお支払ください。

※当組合では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、組合までご連絡ください。