

《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、受診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。事前の連絡をよろしくお願いいたします)

平成30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

つぎのとおり申し込みます。

申込締切日
平成30年6月29日(金) 必着
(FAX不可)

※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											
		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。
- ◎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。
- ◎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5,400円は、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。

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 TEL03(3232)5541