

令和6年度 がん総合ドック申込書

(対象：50歳以上の被保険者・事業主)

が

医療機関No
149
医療機関名
がん研有明病院 健診センター

- ◎事業所名
- ◎所在地 〒
- ◎TEL
- ◎連絡者名

★申込前に確認をお願いします。

①がん研有明病院に予約した受検予定日を記入してください。

受検予定日

②受検日時点の年齢を記入してください。

受検日時点の年齢

③被保険者/事業主いずれかに○をしてください。

被保険者 / 事業主

④該当する欄に✓を入れて自己負担額（税込）を確認してください。

<input type="checkbox"/>	㉞被保険者で②の年齢が満50歳・55歳・60歳・65歳・70歳、及び事業主で75歳以上5歳刻みに当てはまる男性	38,500円
<input type="checkbox"/>	㉟被保険者で②の年齢が満50歳・55歳・60歳・65歳・70歳、及び事業主で75歳以上5歳刻みに当てはまる女性	63,800円
<input type="checkbox"/>	㉡50歳以上の被保険者及び事業主で②の年齢が㉞に当てはまらない男性	67,500円
<input type="checkbox"/>	㉢50歳以上の被保険者及び事業主で②の年齢が㉟に当てはまらない女性	112,100円

保険証		フリガナ		生年月日	②の年齢	性別	備考 ※実施を希望しない検査等
記号	番号	氏名		(和暦)			
				年			
				月 日			
		問診表等送付先	(上記の事業所所在地と異なる場合のみご記入ください) 〒			TEL	

！ご注意！ 必ずお読みください。（事業所ご担当者は、受検者本人に周知願います）

- ◎ 太枠内の項目は全てご記入ください。
- ◎ 本人負担額は㉞～㉢（税込）のいずれかです。受検日当日に医療機関の窓口でお支払ください。
- ◎ 受検日に資格を喪失している場合は、補助の対象とならず、全額自己負担となります。
- ◎ 当日キャンセルは、医療機関によっては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。
- ◎ 胃部内視鏡検査等の受診されない検査項目がある場合は、事前に医療機関に連絡してください。

※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健診委託機関へ申込者情報を提供します。
- ②健診委託機関から健診データを受領し、当組合で管理します。