

組合健康管理センター申込書

(所在地: 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6)

センター

◆健康診断のお申込みは2カ月前までにお済ませください。申込期日は2カ月前の末日までです。

例) 受診希望月 4月 → 2月末までのお申込み
 受診希望月 5月 → 3月末までのお申込み
 受診希望月 6月 → 4月末までのお申込み

胃カメラ検査は定員に限りがあるため、早期に申込を締切ることがあります。女性腹部超音波はすぐに定員に達してしまう可能性があります。ご希望の方は、早めのお申込みをお勧めします。

◆健診コース(年齢は当年度末までに35歳に達する方を35歳以上とします)

人間ドック(バリウム検査)	家族健診(バリウム検査)	若年層健診
対象者: 35歳以上の被保険者	対象者: 35歳以上の被扶養者	対象者: 35歳未満の被保険者
・健康診断基本料金 3,000円	・オプション料金 胃カメラ検査 4,000円 ・オプション料金 腹部超音波検査(女性のみ) 2,000円	基本料金 1,000円

※ 料金のお支払方法は、事業所担当者様にご確認ください。

◎下記必要事項を全てご記入ください。

事業所名	連絡先	※日中連絡のとれる電話番号
担当者氏名	※日時指定票は健診月の前月中旬までに事業所担当者様宛に送付いたします	

保険証 記号	必ずいずれかに○をつけてください(腹部超音波は女性のみ)・若年層は胃部・超音波検査はありません											
保険証 番号	受診者氏名		続柄	性別	健診コース (該当箇所に○)	※1 胃部検査 35歳以上の方のみ ひとつ選んで○ (胃カメラオプション代 ¥4,000)			腹部超音波 35歳以上女性 のみ選んで○ (オプション代 ¥2,000)		受診 希望月	※2 受診希望日 がございましたら ご記入ください
	生年月日					バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない		
	昭・平	年 月 日 歳	本人・家族	男・女	ドック 家族 若年層	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月 日
	昭・平	年 月 日 歳	本人・家族	男・女	ドック 家族 若年層	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月 日
	昭・平	年 月 日 歳	本人・家族	男・女	ドック 家族 若年層	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月 日
	昭・平	年 月 日 歳	本人・家族	男・女	ドック 家族 若年層	バリウム	くちカメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	月 日

《注意事項》

※1 胃部検査について

- ・28年度から胃部検査のペプシノゲン(血液法)コースは廃止しましたが、バリウム検査または、胃カメラ検査を実施した場合は、5年に1度自動的にペプシノゲン検査を併せて実施いたします。
- ・人間ドック基本料金にはバリウム検査が含まれています。
胃部検査の選択がない場合はバリウム検査とさせていただきます。
- ・体重が110キロ以上の方は、胃部レントゲン装置の都合上バリウム検査は希望できません。
- ・鼻カメラは、緑内障の方、血液をサラサラにする薬を飲んでいる方は受けられません。

※2 受診希望日について

- ・受診者数に限りがございますので、希望日のある方はお早めにお申込ください。特に胃カメラ検査、女性腹部超音波はすぐに定員に達してしまいますので、ご希望に添えない場合はご了承ください。胃カメラ検査・女性腹部超音波検査は予約制のため、当日の追加はできません。

受付印

東京織物健康保険組合 電話 03-3661-2257 FAX 03-3666-9621 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6
--