

【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)

Table with 3 columns: 対象者: 35歳以上の被保険者 ¥3,000, 対象者: 35歳以上の被扶養者 ¥3,000, 対象者: 35歳未満の被保険者 ¥1,000. Rows include 人間ドック, 家族健診, 若年層健診 and their respective 検査項目.

○一部負担金は当日現金でお支払ください。

◎下記必要事項を、記入例をご参考のうえご記入ください。

Form for insurance details: 保険証番号 (9900 の後の5桁の数字), 申込者氏名, 住所 (資料送付先), 連絡先 (日中連絡がとれる番号).

Main table for health check selection. Columns: 受診者氏名, 続柄, 性別, 健診コース, ※1 胃部検査, ※2 腹部超音波, 受診希望月, ※3 受診希望日. Includes example entries for 人間ドック, 家族健診, and 若年層健診.

《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、バリウムか胃カメラを選択した場合は、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。

胃部検査の選択がない場合はバリウム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 女性の腹部超音波検査について

予約制のため、健診当日の追加受付はできません。(男性の方はコースに含まれます。)

※3 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、女性腹部エコー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。

《申込締切日》

希望日の属する月の前々月の末日をもって受付を終了いたしますのでご了承ください。

受付印 box containing: 東京織物健康保険組合, 電話 03-3661-2257, FAX 03-3666-9621, 〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6

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)

《記入例》

Example entry table for 健保 花子. Shows selection of 人間ドック, 胃部検査 (バリウム), and 腹部超音波 (希望する).

この用紙は、健康管理課までファックス又は郵送してください。

FAX 03-3666-9621