

<<任継専用>>

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)

9900

【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)

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
人間ドック本人	人間ドック家族	若年層
検査項目: 診察・身体測定・視力・聴力・BMI・血圧・尿検査・血液検査・胸部X線・心電図 便潜血・胃部X線・子宮頸癌・眼底検査・超音波(男性・腹部 女性・乳房)		検査項目: 診察・身体測定・視力・聴力 BMI・血圧・尿検査・血液検査・胸部X線・心電図

○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。

保険証番号 (9900 の後の5桁の数字)		連絡先 (日中連絡がとれる番号)	
申込者氏名			
住所 (資料送付先)	〒		

受診者氏名	続柄	性別	健診コース (該当箇所に○)	※1 胃部検査 (ひとつ選んで○ 胃カメラオプション代 ¥4,000)				※2 腹部超音波 (女性のみ 選んで○ オプション代 ¥2,000)		受診希望月	※3 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	希望しない	希望する	希望しない	月	年 月 日
昭・平 年 月 日 歳	本人・家族	男・女	人間ドック本人 人間ドック家族 若年層								
昭・平 年 月 日 歳	本人・家族	男・女	人間ドック本人 人間ドック家族 若年層							月	年 月 日

《注意事項》

※1 胃部検査について

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キログラム以上の方は、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、血液をサラサラにする薬を飲んでいらっしゃ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。

※健康診断は年度内(4月～翌年3月)に1回限りです。

受付印
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》

受診者氏名	続柄	性別	健診コース	胃部検査			腹部超音波		健診希望月	受診希望日
健保 花子	本人	男	人間ドック	バリウム	口カメラ	鼻カメラ	希望する	希望しない	月	8 月 8 日
昭・平 △ 年 8 月 1 日 △ 歳	家族	女	人間ドック家族 若年層							

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