健診委託医療機関 予約申込書

直接契約

受診される方へ

- ○予約・申込は、直接委託医療機関に電話をして「東京織物健康保険組合の健診を受けたい」と告げてください。
- 〇予約後この申込書を直接医療機関へFAX又は郵送してください。当組合への提出の必要はありません。
- 〇若年層健診は、電話連絡のみで予約可能です。ただし、医療機関より申込書の提出を求められた場合は、 この申込書をご使用ください。
- 〇一部負担金は医療機関の窓口でお支払ください。

【健診コース・一部負担金】(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 ¥2,200(税込)	対象者:35歳以上の被扶養者 ¥2,200(税込)	対象者:35歳未満の被保険者 ¥1,100(税込)				
生活習慣病予防健診	家族健診	若年層健診				
検査項目: 診察・身体測定・視力・聴力	検査項目∶診察・身体測定・視力・聴力					
心電図·便潜血·胃部X線·	BMI·血圧·尿検査·血液検査·胸部X線					

上記以外の検査はオプションとなり、自己負担となりますのでご注意ください。

◎下記必要事項をご記入ください。

医療機関名					
事業所名 任意継続被保険者の方は 任意継続被保険者と記入	所在地 (※資料·結果 送付先	〒			
担当者氏名	連絡先	TEL	()	
任意継続被保険者の方は 任意継続被保険者氏名	(日中連絡のとれる番号)	FAX	()	

※ 採便容器等を本社ではなく、販売店・支店・営業所等に送付希望の方は、支店等の住所をご記入ください。

事業所 記 ^元 番 ¹	를 클	(フリ 受診		ナ) ,名		続柄	性別	健 診 予約日	健 診 コース		子宮頸癌 検査※ (35歳以上 女性のみ)		資料送付先 (下記1を希望の場合は記入不要です)				
						本人・	男・		1・生活音 予防 2・家族係	健診	希望する	希望しない	〒 1. 上	記資料送付	†先	2. 下記自宅	に送付
	昭•	平 年	月	日	歳	家族	女		3•若年原			ι·	TEL		()	
						本人・	男		1・生活音 予防 2・家族係	健診	希望する	希望しな	〒1. 上	記資料送付	先	2. 下記自宅	に送付
W Z P	阳•		月	日	歳	家族	女		3•若年原			い /	TEL		()	

※ 子宮頸癌検査は実施していない医療機関もございます。詳細は当組合ホームページをご参照いただくか、医療機関にお問い合わせください。

注意事項

- 健診当日は必ず『マイナ保険証等』を持参してください。当組合保険証資格喪失後の受診はできません。
- 健診は年度内(4月~翌年3月)で1回のみとなります。2回目以降は全額自己負担になります。
- 一部負担金は医療機関の窓口でお支払ください。
- 35歳未満の被扶養者の方は受診できません。
- オプション料金は全額自己負担となります。補助金の対象にもなりません。 健診機関ご担当者様へのお願い

- 資格喪失後の受診はできません。マイナ保険証等の確認をお願いします。
- 契約項目以外のオプション検査は、受診者負担となりますので、必ず受診者様にご確認ください。
- 年齢は、当年度末までに達する年齢となります。記載されている生年月日のご確認をお願いします。

東京織物健康保険組合:健康管理課

〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町1-9-6 TEL 03-3661-2257 (この用紙は直接医療機関にFAXしてください。)