

# <家族> 健康診断受診申込書

※申込期限:2024年7月1日(月)【必着】

※受診期間:2024年7月~2024年12月末まで【期間厳守】

申込日: 年 月 日

健 保 コ ー ド	2	7	7	1	6	0	0	2	健 保 名	三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合			健 診 区 分 コ ー ド	
※この申込書の記載事項は「日本健康文化振興会」が収集、管理し、契約医療機関への申込・連絡と受診者への通知・連絡のために利用し、その目的以外で使用することはありません。														
健 康 保 険 証	記 号								番 号					
←右詰でご記入下さい。										希 望 医 療 機 関	コ ー ド No.			
氏 名 (フリガナ)	( )								性 別	男 / 女				
生 年 月 日	S・H		年		月		日	【満 歳】						
電 話 番 号①									←日中(概ね9時から17時の間)連絡 が取れる番号を記入して下さい。					
電 話 番 号②														
住 所 (漢 字)	〒		-	↓建物名を必ずご記入下さい。										
注 意 事 項	① 受診資格: 受診日当日に被扶養者である配偶者とご家族(40歳以上)													
	② 受診資格喪失時の対応: 申込後に被扶養者資格を喪失された場合は、ただちに『日本健康文化振興会』へ キャンセルの連絡をお願いします。(資格喪失後の受診料は、全額個人負担となります。)													
	③ 補助限度額: 受診費用の補助限度額は《総額40,000円(税込)》です。超過した場合は、被保険者の 給与から控除致します。(任意継続者は、健保組合より請求致します。)													
	健康診断について: ・この申込書に記載されている検査項目以外は、全額自己負担となります。 ④ ・申込書送付後に、記載された内容に変更が生じた場合は、必ず『日本健康文化振興会』に連絡願います。 ・受診日確定後の変更は、避けて頂きますよう願います。 (当日の未受診、受診期限超過時はキャンセル扱いとなります。)													
送 付 先	※記入が終わりましたら下記申込先に別途封筒(郵送)かFAXをお願いします。													
	〒166-0004 東京都杉並区阿佐ヶ谷南1-14-1 / (一財)日本健康文化振興会 全国健診部 行 FAX 03-(3316)-7611 / TEL 03-(3316)-0777													
希 望 日	基本検査(全員受診) 料金(税込): 15,950円													
	↓ 1~6の希望検査番号に○をする 料金(税込)													
	1	胸部X線検査(レントゲン)								1,980円				
2	胃部X線検査(レントゲン)								14,300円					
3	子宮頸部細胞診								6,050円					
↓ 乳房検査(ア・イ)はどちらか一つのみ○をする														
4	ア	乳房マンモグラフィ								5,500円				
	イ	乳房超音波(エコー)								5,500円				
5	大腸検査(便潜血反応)								1,540円					
6	前立腺検査-PSA(男性のみ)								2,750円					
検査費用 合計料金(税込)											円			
【最終確認のお願い】 別紙、申込記入例を参考に、記入漏れが無いかの最終確認を必ずお願い致します。														
申込日の30日以上先をご記入下さい。														
希 望 日	第1希望 月 日 ( )													
	第2希望 月 日 ( )													
	○ 特に希望日なし(いつでも良い)													