

# 【記入例】

## 〈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：2024年 5月 1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	1	2	3	番 号	3	4	5	6	7	8	9	←右詰でご記入下さい。				希望 医療 機関	コード No.	0	3	2	1	1	0	0	1
氏 名 (フリガナ)	日本 健子								(	ニホン タケコ			)	性 別	男 / (女)		希望医療機関	〇〇〇病院 ←							
生 年 月 日	(S)・H	57	年	7	月	1	日	【満 42 歳】																	
電話番号①	03 - 3316 - 0777				←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	090 - ×××× - ××××																								
住 所 (漢字)	〒	166		-	0004			↓建物名を必ずご記入下さい。																	
	東京都杉並区阿佐ヶ谷南1-14-1 信販ビル7階 704号室																								
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、 <u>全額個人負担</u> となります。)																								
	③ 補助限度額：受診費用の補助限度額は《 <u>総額40,000円(税込)</u> 》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、 <u>全額自己負担</u> 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。 ( <u>当日の未受診、受診期限超過時はキャンセル扱い</u> 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) 45,320円																									
<上記 申込金額の総額が45,320円の場合では> 補助限度額：総額40,000円(税込)を超過した5,320円を被保 険者の給与より控除致します。 (任意継続者は、健保組合より請求致します。)																									
申込日の30日以上先をご記入下さい。																									
希 望 日	第1希望 7 月 5 日 ( 金 )																								
	第2希望 8 月 23 日 ( 金 )																								
	○ 特に希望日なし(いつでも良い)																								

◎ 保険証記号・番号・氏名・電話番号・住所を  
忘れずにご記入下さい。

● 希望医療機関の番号と一致する病院名を記入して下さい。  
● 希望する検査番号を○で囲み、合計金額は必ず記入して下さい。

● 記入が終わりましたら締切日に間に合うようにお送り下さい。