

〈家族〉健康診断受診申込書

※申込期限:2026年7月1日(水)【必着】

※受診期間:2026年7月~2026年12月末まで【期間厳守】

申込日: 2026年 月 日

健康保険コード	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。																											
健康保険の記号										←右詰でご記入下さい。																	
氏名(フリガナ)	()							性別	男 / 女		希望医療機関	コードNo															
生年月日	S・H	年		月		日		【満 歳】		希望医療機関	医療機関名																
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。			希望医療機関																
電話番号②											基本検査(全員受診) 料金(税込): 15,950円																
住所(漢字)	〒		-		↓建物名を必ずご記入下さい。				希望検査項目																		
									↓ 1~7の希望検査番号に○をする 料金(税込)																		
									<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>胸部X線検査(レントゲン)</td> <td>1,980円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>胃部X線検査(レントゲン)</td> <td>14,300円</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>胃部内視鏡検査(胃カメラ)</td> <td>18,700円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">※鎮静剤投与を希望される場合、別途、追加費用が発生いたします。</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>子宮頸部細胞診</td> <td>6,050円</td> </tr> </table>					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	胃部内視鏡検査(胃カメラ)	18,700円	※鎮静剤投与を希望される場合、別途、追加費用が発生いたします。			4	子宮頸部細胞診
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	胃部内視鏡検査(胃カメラ)	18,700円																									
※鎮静剤投与を希望される場合、別途、追加費用が発生いたします。																											
4	子宮頸部細胞診	6,050円																									
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した場合は、ただちに「日本健康文化振興会」にキャンセルを連絡願います。(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いたします。(任意継続者は、健保組合より請求いたします。)																										
	<p>健康診断について:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>④ 申込書送付後に、記載された内容に変更が生じた場合、必ず「日本健康文化振興会」に連絡願います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診日確定後の変更は、避けて頂きますようお願いいたします。 (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	※同封の申込封筒による郵送 または FAXによる申込を行う場合は下記にお送り下さい。																										
	〒963-8014 福島県郡山市虎丸町21-10 EME郡山ビル5階 日本健康文化振興会 郡山オペレーションセンター FAX番号 024-954-8172																										
検査費用合計料金(税込)										円																	
(自己負担金の算出方法)																											
検査費用 - 補助限度額: 40,000 = 自己負担金																											
申込書送付前に記載した内容を再度、ご確認下さい。																											
申込日の30日以上先の希望日をご記入下さい。																											
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)																										