

【記入例】

〈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5月1日

◎健康保険の記号・番号、氏名、電話番号、住所を忘れずにご記入下さい。

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。															
健康保険の 記号	1	2	3	番 号	3	4	5	6	7	8	9	←右詰でご記入下さい。			
氏 名 (フリガナ)	日本健子 (ニホン タケコ)								性 別	男 / (女)					
生 年 月 日	(S)・H	57	年	7	月	1	日	【満 44 歳】							
電話番号①	03 - 3316 - 0777				←一日中(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のご家族(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。)														
	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、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	※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														
希望医療機関	コード No.	0	3	2	1	1	0	0	1	医療機関名 ○○○病院 ←					
希 望 検 査 項 目 ・ 料 金	基本検査(全員受診) 料金(税込): 15,950円														
	↓ 1~7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	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			
	↓ 乳房検査(ア・イ)はどちらか一つのみ○をする														
5	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			
⑥	大腸検査(便潜血反応)										1,540円				
7	前立腺検査-PSA(男性のみ)										2,750円				
検査費用 合計料金(税込)											49,720円				
〈上記 申込金額の総額が49,720円の場合〉 補助限度額: 総額40,000円(税込)を超過した9,720円を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。)															
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 7 月 3 日 (金)														
	第2希望 8 月 21 日 (金)														
	○ 特に希望日なし(いつでも良い)														

● 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。