

〈家族〉健康診断受診申込書

※申込期限:2025年7月1日(火)【必着】

※受診期間:2025年7月～2025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。																																
健康保険の	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		医療機関名																		
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。										希望検査項目・料金	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(直接撮影)					1,980円					
																					2	胃部X線検査(直接撮影)					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						
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	2025年度から申込書の提出先が下記の場所に変更となりました。																															
	〒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 024-954-8172																															
	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に限る																															
																	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 月 日 ()																															
	第2希望 月 日 ()																															
	○ 特に希望日なし(いつでも良い)																															