

〈任意継続被保険者〉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 保 コ ー ド | 2 | 7 | 7 | 1 | 6 | 0 | 0 | 3 | 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 | | | | |
| 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:受診日当日に任意継続被保険者である方 | | | | | | | | | | | | | |
| | ② 受診資格喪失時の対応:申込後に任意継続被保険者を喪失された場合は、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36,000円(税込)》です。超過した金額は、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 | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | |
| 希 望 検 査 項 目 ・ 料 金 | 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) | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| (自己負担金の算出方法) | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査費用 - 補助限度額: 36,000 = 自己負担金 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込書送付前に記載した内容を再度、ご確認ください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | |