

東振協健診申込書(配偶者用)

様式④

- ※基本健診・肺ドックの補助はいずれも**年度内1回**、脳ドックの補助は**2年度に1回**です。
- ※この申込書は実施健診機関ごとに作成し、**受診日の2週間前**までに提出してください。(土日祝日、GW、年末年始を除く)
- ※人間ドックは令和2年度より対象年齢が40歳以上から35歳以上に変更されました。
- ※C型肝炎検査は令和3年度より当組合加入中1回から年度内1回に変更されました。

実施健診機関	契約健診機関 (別表2)	健診機関コード	900 -
		名称	

受診者情報	記号		番号								
	受診者 (配偶者) 氏名	フリガナ			生年月日	昭和	年	月	日	性別	男 女
	住所	〒	-		TEL		-		-		

- ※該当する項目を○で囲んでください。
- ※健診機関によっては、オプション検査が基本健診コースに含まれている場合もあります。

生活習慣病・人間ドック	種別	生活習慣病 ・ 人間ドック	※補助は年度内1回	
	受診予定日	令和 年 月 日		
	婦人科	子宮	受診する ・ 受診しない	
		乳房	受診する (マンモグラフィ ・ 乳房エコー) ・ 受診しない	※補助はいずれか一方のみ
	前立腺	受診する ・ 受診しない		
C型肝炎	受診する ・ 受診しない			
脳	受診予定日	令和 年 月 日	※補助は2年度に1回、11,000円上限の実費相当額まで。補助を受けるためには、受診後に様式⑧健診補助金支給申請書にて申請してください。	
	健保補助	補助あり ・ 補助なし		
肺	受診予定日	令和 年 月 日	※補助は5,500円上限の実費相当額まで。補助を受けるためには、受診後に様式⑧健診補助金支給申請書にて申請してください。	
	検査方法	ヘリカルCT ・ 喀痰細胞診		

令和 年 月 日 提出

受付印

事業所名

被保険者名

印 ※自署の場合は押印不要