

東振協健診申込書(配偶者用)

※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)

※令和5年度より**脳ドックを契約**しましたので、自己負担分のみお支払いください。健診補助金支給申請書(様式⑧)での申請は不要です。

※肺ドックを受診し補助金申請をする場合は、健診補助金支給申請書(様式⑧)での申請が必要です。

※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。

※生活習慣病健診は令和4年度より対象年齢が35歳以上から30歳以上に変更されました。

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)	※補助はいずれか一方のみ	・ 受診しない
	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。
	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