

東振協健診申込書(配偶者用)

様式④

記入例

いずれも年度内1回、脳ドックの補助は2年度に
とに作成し、受診日の2週間前までに提出して
しましたので、自己負担分のみお支払いください
する場合は、健診補助金支給申請書(様式⑧)

<下記の場合にこの様式を使用してください>
・別表2に載っている健診機関で受診する場合
※任意継続者は様式⑤をご使用ください。

※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 - 13139
		名称	一般財団法人日本健康管理協会 新宿健診プラザ

受診者情報	記号	9876	番号	54321			
	受診者 (配偶者) 氏名	カガナ ケンポ ハナコ 健保 花子		生年月日	昭和 45 年 9 月 12 日 (年度末年齢 53 歳)	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	住所	〒 100 - 0000 東京都新宿区〇〇 × - × △△マンモグラフィ×××号		TEL	090 - ×××× - ××××		

令和6年3月31日現在の年齢を記入

※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 ・ <input checked="" type="radio"/> 人間ドック	※補助は年度内1回
	受診予定日	令和 5 年 5 月 9 日	
	婦人科	子宮	<input checked="" type="radio"/> 受診する ・ 受診しない
		乳房	<input checked="" type="radio"/> 受診する (<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 受診しない	
C型肝炎	受診する ・ <input checked="" type="radio"/> 受診しない		
脳	受診予定日	令和 5 年 5 月 9 日	
	健保補助	<input checked="" type="radio"/> 補助あり ・ 補助なし	※補助は2年度に1回、11,000円上限の実費相当額まで。
肺	受診予定日	令和 5 年 5 月 9 日	
	検査方法	<input checked="" type="radio"/> ヘリカルCT ・ 喀痰細胞診	※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。

該当する項目を○印で囲む
または、該当しない項目を消して
該当する項目だけを表示する

令和 5 年 4 月 7 日 提出

受付印

事業所名 株式会社 ○○○○

被保険者名 健保 太郎