様式②

東振協健診申込書（被保険者用）

記入例

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⑦）

＜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
※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。

受付印

事業所情報		
	記　号	9876　　令和　○　年　4　月　8　日　提出
	所在地	〒　100　－　1111 東京都渋谷区△△1－2－3
	名　称	株式会社　○○○○
	電話番号	03　－　□□□□　－　××××　　FAX
	担当者名	☆☆　☆☆

実施健診機関	契約健診機関（別表2）	健診機関コード	900　－　12345
		名　称	一般財団法人　○○健診センター

※該当する項目を○で囲んでください。

保険証番号 受診予定日	フリガナ 氏　名	生年月日 年度末年齢	性別	健診種別	婦人科 子宮	婦人科 乳房	前立腺(PSA)	C型肝炎	脳ドック	肺ドック	備考
54321	ケンポ　タロウ	S○.3.20	男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
令和○年5月9日	健保　太郎	40　歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
54322	ノウリン　ハナコ	H○.12.18		生活習慣病	有	有・			・無	・無	
令和○年5月26日	農林　花子	31　歳	女			・エコー	無	無	・	・	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	
			男	生活習慣病	有	有・無	有	有	有・無	有・無	
		歳	女	人間ドック	無	マンモ・エコー	無	無	補助有・補助無	ヘリカル・喀痰	

年度末年齢を記入

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

東京都農林漁業団体健康保険組合
R5.2