単科検診利用申込書（健康開発センターで実施）

被保険者等 記　号				

※枠線内は全て記入してください。

被保険者等 番　号	氏　　名	対　象　者	希望する検診番号（必ず記入）	生　年　月　日	年齢	当組合の検診における個人情報の取扱いについて ※チェックの無い方は受診できません。 ☑
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する
		被保険者 ・被扶養者		S H 年 月 日	才	□同意する

検診番号	検　診　項　目	一部負担金（消費税込）	対　象　者
1	シニアライフ検診（ＭＲＩコース）	13,200円	50歳以上の被保険者及び被扶養者 検査内容：大腸がん検診・脳検診・肺がんCT検診・肝炎ウイルス検診 前立腺がん検診（男性）・骨粗しょう症検診（女性）
2	シニアライフ検診（ ＣＴ コース）	9,900円	
3	脳検診（ＭＲＩコース）	11,000円	50歳以上の被保険者及び被扶養者
4	脳検診（ ＣＴ コース）	7,700円	
5	肺がんＣＴ検診	1,650円	40歳以上の被保険者及び被扶養者
6	肝炎ウイルス検診	220円	30歳以上の被保険者及び被扶養者
7	前立腺がん検診（男性のみ）	220円	50歳以上の男性被保険者及び被扶養者
8	骨粗しょう症検診（女性のみ）	220円	30歳以上の女性被保険者及び被扶養者

（注意事項）

（1）受診日は申込み後、受診日の約2週間前までに文書で通知します。

（2）申込みはFAXで可能です。FAXでの申込みの場合、原本の送付は必要ありません。

（3）この申込書での「同意する」へのチェックについては事業主提供とは関係ありません。

※個人情報の取扱いについて

・本申込書に記入された内容は本件以外には使用しません。

・個人情報の取扱いについては、ホームページ等に掲載しています。

https://www.toyaku-kenpo.or.jp/member/info/policy.html

【申込者記入欄】

事　業　所　名（任継・特退は不要）	
申 込 責 任 者（被保険者名）	
電 話 番 号（日中連絡がつく番号）	（　　）

【FAX番号】お間違いのないようご注意願います。

03（3833）3235

FAX番号のかけ違いによりご迷惑をお掛けするケースが発生しております。上記番号を十分ご確認のうえ送信してください。

【問合せ先】

東薬健保健康開発センター

検査課医事係

TEL　03（3833）3273

受　付　日　印