

# 単科検診利用申込書(健康開発センターで実施)

/ ページ

連名簿のページ数を記載

※枠線内は全て記入してください。

記号・番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルで確認できます。

| 被保険者等<br>記号 | 氏名        | 対象者       | 希望する<br>検診番号<br>(必ず記入) | 年齢 | 当組合の検診における<br>個人情報の取扱いについて<br>※チェックの無い方<br>は受診できません。 <input checked="" type="checkbox"/> | 組合記入欄 |
|-------------|-----------|-----------|------------------------|----|--|-------|
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |
|             | S・H 年 月 日 | 被保険者・被扶養者 |                        | 才  | <input type="checkbox"/> 同意する  |       |

| 検診番号 | 検診項目              | 一部負担金<br>(消費税込) | 検診番号 | 検診項目           | 一部負担金<br>(消費税込) |
|------|-------------------|-----------------|------|----------------|-----------------|
| 1    | 脳MRIセット検診(50歳～)   | 12,100円         | 5    | 肺がんCT検診(40歳～)  | 1,650円          |
| 2    | 脳CTセット検診(50歳～)    | 8,800円          | 6    | 前立腺がん検診(50歳～)  | 220円            |
| 3    | 脳検診(MRIコース)(50歳～) | 11,000円         | 7    | 骨粗しょう症検診(30歳～) | 220円            |
| 4    | 脳検診(CTコース)(50歳～)  | 7,700円          | 8    | 肝炎ウイルス検診(30歳～) | 220円            |

詳細は裏面をご覧ください

## (注意事項)

- 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。
- 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。
- 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                |     |
| 申込責任者<br>(被保険者名)    |     |
| 電話番号<br>(日中連絡がつく番号) | ( ) |

【FAX番号】お間違いのないようご注意ください。

**03 (3833) 3235**

【問合せ先】

東薬健保健康開発センター  
検査課医事係

受付日印

TEL 03(3833)3273

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。

## 単科検診実施要綱

| 検診種別      | 対象者                  | 検査内容  | 一部負担金（税込） |
|-----------|----------------------|---|-----------|
| 脳MRIセット検診 | 50歳以上の<br>被保険者及び被扶養者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳検診MRIコース（頭部MRI検査、心電図検査、血圧検査、眼底検査、眼圧検査）</li> <li>・肺がんCT検診</li> <li>・前立腺がん検診（男性のみ）</li> <li>・骨粗しょう症検診（女性のみ）</li> </ul> | 12,100円   |
| 脳CTセット検診  | 50歳以上の<br>被保険者及び被扶養者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳検診CTコース（頭部CT検査、心電図検査、血圧検査、眼底検査、眼圧検査）</li> <li>・肺がんCT検診</li> <li>・前立腺がん検診（男性のみ）</li> <li>・骨粗しょう症検診（女性のみ）</li> </ul>   | 8,800円    |

【ご注意】脳セット検診は、下記4つの検診が含まれます。

|                                |   |  |                   |
|--------------------------------|---|--|-------------------|
| <b>脳検診</b><br>（脳セット検診に含む）      | 50歳以上の<br>被保険者及び被扶養者  | 頭部MRIコース<br>・頭部MRI検査 ・心電図検査<br>・血圧検査 ・眼底検査 ・眼圧検査 | MRIコース<br>11,000円 |
|                                |   | 頭部CTコース<br>・頭部CT検査 ・心電図検査<br>・血圧検査 ・眼底検査 ・眼圧検査   | CTコース<br>7,700円   |
| <b>肺がんCT検診</b><br>（脳セット検診に含む）  | 40歳以上の<br>被保険者及び被扶養者<br><br><small>※ただし、当該年度に胸部の精密検査及び観察検査該当者は除く。</small> | ・胸部CT検査  | 1,650円            |
| <b>前立腺がん検診</b><br>（脳セット検診に含む）  | 50歳以上の<br>男性被保険者及び<br>男性被扶養者  | ・前立腺特異抗原検査（PSA）                                  | 220円              |
| <b>骨粗しょう症検診</b><br>（脳セット検診に含む） | 30歳以上の<br>女性被保険者及び<br>女性被扶養者  | ・X線による骨密度測定検査                                    | 220円              |

↓ 脳セット検診に含まれていないため、単科検診として受診可能。

|                 |  |                           |      |
|-----------------|--|---------------------------|------|
| <b>肝炎ウイルス検診</b> | 30歳以上の<br>被保険者及び被扶養者<br><br><small>※病院等で肝炎の治療を受けている方は除く。</small> | ・HBs抗原検査<br>・HCV抗体価精密測定検査 | 220円 |
|-----------------|--|---------------------------|------|

◎単科検診の一部負担金の支払方法については現金のほか、下記キャッシュレス決済も利用できます。

クレジット決済： VISA、Mastercard、JCB、AMERICAN EXPRESS、Diners Club

