

単科検診利用申込書(健康開発センターで実施)

1 / 1 ページ

連名簿のページ数を記載

被保険者等
記号

9 9 9 9

※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 番号	氏名	対象者	希望する 検診番号 (必ず記入)	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。 <input checked="" type="checkbox"/>	組合記入欄
101	企画 花子 S・H 59年9月15日	被保険者・被扶養者	5	42 才	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	
102	業務 太郎 S・H 51年8月1日	被保険者・被扶養者	1	50 才	<input checked="" 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 (消費税込)	検診番号	検 診 項 目	一部負担金 (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>

【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。

【申込者記入欄】

事業所名	東京株式会社
申込責任者 (被保険者名)	総務課 総務 花子
電話番号 (日中連絡がつく番号)	03 (3833) 3271

【問合せ先】

東葉健保健康開発センター
検査課医事係

TEL 03(3833)3273

受付日印