

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		9	9	9	9	※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。 <input checked="" type="checkbox"/>	
99999	東 薬 太 郎	被保険者・被扶養者	1	S H 50 年 10 月 5 日	50 才	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 同意する	
		被保険者・被扶養者		S H 年 月 日	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)	対 象 者
1	シニアライフ検診 (M R I コース)	13,200円	50歳以上の被保険者及び被扶養者
2	シニアライフ検診 (C T コース)	9,900円	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)
3	脳検診 (M R I 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 (C T コース)	7,700円	
5	肺がん C T 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)	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

【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