

前期
集合

令和5年度 家族健診・特定健診 申込書

受 診 者	個人情報の取扱いについて		<input type="checkbox"/> 同意する		<input type="checkbox"/> 同意しない	
	当組合の個人情報の取扱いについてお読みいただき(下記参照)、口に✓を記入してください。 ※同意がない場合は受診できません。					
	保険証	記号		番号		
	フリガナ			性別	男・女	続柄
	氏名					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生	年齢
	住所	〒 ー 都道 府県				
電話番号	☎ ()					

● 健診会場の選択 案内書(クリーム色)の裏面に掲載されている会場一覧からお選びください。

希望健診会場	健 診 日	会 場 名
第1希望	月 日	
第2希望	月 日	

● 健診種別の選択

1,2,3のいずれか1つ、必ず希望する健診番号に○をつけてください。

総合	1. 家族健診 子宮頸がん検査 あり 被扶養者限定 1,650円(消費税込)	2. 家族健診 子宮頸がん検査 なし 被扶養者限定 1,650円(消費税込)	3. 特定健診 40歳以上限定 無料 <small>※検査項目が少ない健診です。 詳しい検査項目は裏面をご覧ください。</small>
----	---	---	--

希望する検診番号に○をつけてください。

単科	4. 骨粗しょう症検診 30歳以上女性限定 220円(消費税込)	5. 肝炎ウイルス検診 30歳以上男女 220円(消費税込)	6. 前立腺がん検診 50歳以上男性限定 220円(消費税込)
----	--	--------------------------------------	---------------------------------------

ご注意ください

- ※ 各種健診(家族健診、特定健診、生活習慣病健診、人間ドック等)は年度内(4月1日～翌年3月31日)に1回限り受けることができます。
- ※ 健診日当日に資格のある方のみ受診できます。2回以上受診した場合や資格喪失後に受診した場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。
- ※ 総合健診を受診する際は「総合健診利用書」(令和5年4月自宅に送付予定)が必要です。

【当組合における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。詳細はホームページ等をご参照ください。

* FAXまたは郵送でお申し込みください(送付先は裏面をご覧ください)。

この申込書は集合健診専用です。

検査項目比較表

健診種別		家族健診	特定健診
受診対象者		35歳以上の 被扶養者 (被保険者受診不可)	40歳以上の 被扶養者 任意継続被保険者 特例退職被保険者
既往歴・問診・自覚症状・他覚症状・身体診察		●	●
身体計測	身長・体重	●	●
	腹 囲	●	●
	視 力	●	
	聴 力	●	
呼 吸 器	胸部X線	●	
消 化 器	胃部X線	●	
検 尿	尿 糖	●	●
	蛋 白	●	●
	潜 血	●	
	沈 渣	●	
循 環 器	血 圧	●	●
	心 電 図	●	
肝 機 能	AST・ALT・γ-GT	●	●
脂 質	HDLコレステロール LDLコレステロール 中性脂肪	●	●
糖 尿 病	空腹時血糖 ヘモグロビンA1c	●	●
代 謝 機 能	尿 酸	●	
腎 機 能	クレアチニン	●	
血 液 一 般	赤血球数・白血球数・血色素量・ ハマトクリット値・血小板数	●	
検 便	便潜血反応	●	
婦 人 科 (女性のみ)	乳房(超音波)	●	
	子宮頸部細胞診(自己採取)	●	

【申込書送付先・お問合せ先】

〒110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 ☎ 03(3833)3272

東葉健保 健康開発センター 健診部 予防課

FAX 03(3833)3235

※FAX送信の際は用紙のウラ・オモテにご注意ください。裏面で届き、受付できないケースが増えています。
「0」発信のFAX機で「0」を付け忘れると、機械が03の0を発信番号と認識して別のところに送信してしまう
恐れがありますのでご注意ください。

申込者氏名

連絡先

()