

--	--	--

## 被扶養者健診利用申込書

※事前に申込をしてください。

年 月 日 提出

受診者 (被扶養者)	カナ氏名	ケンボ ハナコ		被保険者	会社名	株式会社〇〇〇〇				
	氏名	健保 花子			氏名	健保 太郎				
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 平成				保険証の記号		番号		
	住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都府(県) 〇〇〇 (市) 区 〇〇〇〇1-〇〇			電話番号	( )				

希望する 利用日	1. 予約確定日(決定している場合記入)	2. 第1希望	3. 第2希望
	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	年 月 日	年 月 日

健診機関 ※利用したい病院、 診療所名を記入してく ださい	名称	〇〇〇〇病院	
	所在地	〇〇県〇〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	
	電話番号	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	

健診のタイプ いずれかを○で囲ん でください。	<input checked="" type="radio"/> ① 人間ドック	【オプション検査の申込】 基本の健診項目の他に検査を希望される場合は該当する 検査項目を○で囲んでください  <input checked="" type="radio"/> ① 胃部内視鏡検査                      2. 肺がん検査 3. 婦人科健診 <input checked="" type="radio"/> ① 乳がん検査 <input checked="" type="radio"/> ② 子宮がん検査 4. 前立腺検査 5. その他(検査項目を記入してください)
	* 2. 人間ドック 東振協D2コース	
	3. 生活習慣病健診	
	* 4. 生活習慣病健診 東振協Bコース	

【確認事項】	健診費用	基本健診項目	円
	① 特定健診のデータ (XMLデータ方式) <input checked="" type="checkbox"/> 無料で提供 <input type="checkbox"/> 有料で提供 _____ 円 <input type="checkbox"/> 提供しない	(消費税を含む) オプション	円
		円	
合計		円	
② 補助金額を健保に請求が可能かどうか <input checked="" type="checkbox"/> 可 : 補助額を超えた差額は健診機関へお支払い。 <input type="checkbox"/> 不可 : 本人全額窓口払い。後日、健保宛に補助金請求。	内訳	補助	円
		本人負担	円
	<input type="checkbox"/> 通知書	<input type="checkbox"/> 請求書	

**留意点**

- 35歳及び40歳以上の被扶養者が対象です。
- 健診機関と十分打ち合わせの上、事前にお申込み願います。
- \* 東振協(東京都総合組合保健施設振興協会)の健診コースをご利用の方は、予約時に「船場健康保険組合の加入者」である旨、「人間ドックD2コース」又は「生活習慣病健診Bコース」を利用する旨をお伝えください。  
※東振協の脳検査をご利用の場合は、別途「脳検査申請書」をご提出願います。
- 補助金は42,000円(消費税込)までです。  
補助金額を健保に請求可能な医療機関にて、補助額を超える健診については差額を健診機関へお支払いください。  
補助金額を健保に請求することができない医療機関での健診費用は、全額お支払いいただき後日、補助額を健保にご請求ください。
- 健診結果表については、健康管理に使用する目的で医療機関より同一の表を当健保が受領することをご了承ください。