

# 生活習慣病予防健診(Bコース)受診申込書

様式 2

申込者が記入するところ

|       |            |       |     |  |  |  |     |  |  |
|-------|------------|-------|-----|--|--|--|-----|--|--|
| 申込者情報 | 保険証記号(4ケタ) |       |     |  |  |  |     |  |  |
|       | 本社         | 事業所名称 |     |  |  |  |     |  |  |
|       |            | 所在地   |     |  |  |  |     |  |  |
|       | 営業所        | 工場    | 名称  |  |  |  |     |  |  |
|       |            |       | 所在地 |  |  |  |     |  |  |
| 申込取扱者 |            |       |     |  |  |  | TEL |  |  |

|                           |              |  |  |  |  |     |  |  |  |
|---------------------------|--------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| 予約した健診医療機関<br>(東振協契約医療機関) | コード<br>(5ケタ) |  |  |  |  | 名称  |  |  |  |
|                           | TEL          |  |  |  |  | FAX |  |  |  |

| 受診者情報 | 保険証番号 | フリガナ氏名 | 生年月日        | 年齢          | 続柄       | 性別       | 肝炎     | 婦人科          | 受診予約日        |
|-------|-------|--------|-------------|-------------|----------|----------|--------|--------------|--------------|
|       |       |        |             | 昭和<br>年 月 日 |          | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無       | 有・無<br>医師・自己 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |             | 本人<br>家族 | 男<br>女   | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日  |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |             | 本人<br>家族 | 男<br>女   | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日  |

◎「肝炎」は、肝炎検査を予約した場合「有」に○してください。(40歳以上対象・生涯に一度)  
◎「婦人科」は、子宮検査を予約した場合「有」に○、医師採取法か自己採取法を選択してください。  
子宮検査は実施できない医療機関があるため、予約時に必ずご確認ください。

お読み下さい

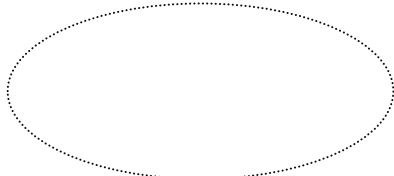
|       |   |      |                               |
|-------|---|------|-------------------------------|
| 一部負担金 | 1,000円  | 対象者  | 35歳～74歳の被保険者および被扶養者           |
| 実施時期  | 通年  | 申込方法 | 医療機関に予約後、本申込書を当健保組合に提出 (FAX可) |
| 注意点等  | ◎バリウム検査→胃カメラ (税抜 3,910円)、ABC健診 (税抜 3,870円) を受診できます。<br>なお、受診できない医療機関もあるので医療機関一覧または予約時にお問い合わせください。<br>◎コース以外の検査項目を受診する場合は、オプション (自費) となります。<br>◎受診日当日に資格がない方は受診できません。<br>◎年度内に複数回の受診はできません。(年度内にいずれかの健診を1回のみ受診可)<br>◎医療機関に電話予約がとれたら、速やかに健保組合に本申込書を提出してください。<br>◎一部負担金 1,000円は、受診日当日に医療機関にお支払いください。 |      |                               |

|   |   |
|---|---|
| <b>健保組合の個人情報の取り扱いについて</b><br>健保組合が健診実施において収集した個人情報 (申込情報・健診結果等) は、組合規程に基づき適正に管理・保管し、加入者の健康維持増進・疾病予防等を目的とする事業にのみ利用いたします。 | <b>申込書提出先</b><br>〒105-0011 東京都港区芝公園 2-11-7<br>東京都自動車整備健康保険組合 担当：保健事業係<br>TEL 03-3432-2401 FAX 03-3432-6406<br><a href="http://www.toukyoutojidousyaseibikenkouhokenkumiai.or.jp/">http://www.toukyoutojidousyaseibikenkouhokenkumiai.or.jp/</a> |
|---|---|

## 健診医療機関 殿

- ◎上記(続紙含む)申し込みの実施についてよろしくお願いたします。
- ◎受診票、問診票等の送付については、受診者へ送付方お願いたします。

健保組合受付印



|      |      |       |   |
|------|------|-------|---|
| 常務理事 | 事務局長 | 課長(代) | 係 |
|      |      |       |   |

# 生活習慣病予防健診(Bコース)受診申込書

|                           |              |  |     |    |
|---------------------------|--------------|--|-----|----|
| 保険証記号(4ケタ)                |              |  |     |    |
| 事業所名称                     |              |  |     |    |
| 申込取扱者                     |              |  | TEL |    |
| 予約した健診医療機関<br>(東振協契約医療機関) | コード<br>(5ケタ) |  |     | 名称 |

| 受診者情報 | 保険証番号 | フリガナ氏名 | 生年月日        | 年齢 | 続柄       | 性別     | 肝炎     | 子宮検査         | 受診予約日       |
|-------|-------|--------|-------------|----|----------|--------|--------|--------------|-------------|
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |
|       |       |        | 昭和<br>年 月 日 |    | 本人<br>家族 | 男<br>女 | 有<br>無 | 有・無<br>医師・自己 | 令和<br>年 月 日 |

### 健保組合の個人情報の取り扱いについて

健保組合が健診実施において収集した個人情報（申込情報・健診結果等）は、組合規程に基づき適正に管理・保管し、加入者の健康維持増進・疾病予防等を目的とする事業にのみ利用いたします。

本紙は申込書「様式 2」の「続紙」です。  
この続紙をお使いになるときは、  
必ず「様式 2」と合わせてご提出ください。