

東振協健診申込書(被保険者用)

様式②

記入例

いずれも年度内1回、脳ドックの補助は2年度ごと
に作成し、受診日の2週間前までに提出し
ましたので、自己負担分のみお支払いください
とする場合は、健診補助金支給申請書(様式⑦)

<下記の場合にこの様式を使用してください>
・別表2に載っている健診機関で受診する場合
※任意継続者は様式⑤をご使用ください。

※人間ドックは令和2年度より対象年齢が40歳以上から35歳以上に変更され
※C型肝炎検査は令和3年度より当組合加入中1回から年度内1回に変更されました。
※生活習慣病健診は令和4年度より対象年齢が35歳以上から30歳以上に変更されました。

被保険者等記号	9876	令和 ○ 年 4 月 8 日 提出
事業所情報	所在地	〒 100 - 1111 東京都渋谷区△△1-2-3
	名称	株式会社 ○○○○
	電話番号	03 - □□□□ - ××××
	担当者名	☆☆ ☆☆

受付印

実施健診機関	契約健診機関 (別表2)	健診機関コード	900 - 12345
		名称	一般財団法人 ○○健診センター

※該当する項目を○で囲んでください。

被保険者等番号	フリガナ 氏名	生年月日 年度末年齢	性別	健診種別	婦人科		前立腺 (PSA)	C型 肝炎	脳ドック		肺ドック		備考	
					子宮	乳房								
54321 令和○年5月9日	ケンボ タロウ	SO.3.20	男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
	健保 太郎	40	女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	
			男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
			女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	
			男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
			女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	
54322 令和○年5月26日	ノウリン ハナコ	HO.12.18		生活習慣病	有	有					無		無	
	農林 花子	31	女				エコー	無	無					
			男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
			女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	
			男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
			女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	
			男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
			女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	
			男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
			女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	
			男	生活習慣病	有	有	無	有	有	有	無	有	無	
			女	人間ドック	無	マンモ	エコー	無	無	補助有	補助無	ヘリカル	喀痰	

年度末年齢を記入

該当する項目を○印で囲む
または、該当しない項目を消して