

東振協健診申込書(配偶者用)

様式④

記入例

いずれも年度内1回、脳ドックの補助は2年度以内
 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
 する場合は、健診補助金支給申請書(様式⑧)

<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歳以上に変更されました。
 ※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。

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

被保険者等記号	9876	被保険者等番号	54321			
受診者 (配偶者) 氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ	生年月日	昭和 ○ 年 9 月 12 日	性別	男
		健保 花子		(年度末年齢 53 歳)		女
住所	〒	100 - 0000	TEL	090 - ×××× - ××××		
		東京都新宿区○○ ×-×		△△マンション×××号		

年度末年齢を記入

※該当する項目を○で囲んでください。
 ※健診機関によっては、オプション検査が基本健診コースに含まれている場合もあります。

生活習慣病・人間ドック	種別	生活習慣病 ・ 人間ドック	※補助は年度内1回	
	受診予定日	令和 ○ 年 5 月 9 日		
	婦人科	子宮	受診する ・ 受診しない	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 該当する項目だけを表示する
		乳房	受診する (マンモグラフィ・乳房エコー) ※補助はいずれか一方のみ ・ 受診しない	
	前立腺	受診する ・ 受診しない		
C型肝炎	受診する ・ 受診しない			
脳	受診予定日	令和 ○ 年 5 月 9 日	※補助は2年度に1回、11,000円上限の実費相当額まで。	
	健保補助	補助あり ・ 補助なし		
肺	受診予定日	令和 ○ 年 5 月 9 日	※補助は5,500円上限の実費相当額まで。 補助を受けるためには、受診後に様式⑧健診補助金支給 申請書にて申請してください。	
	検査方法	ヘリカルCT ・ 喀痰細胞診		

令和 ○ 年 4 月 7 日 提出

受付印

事業所名 株式会社 ○○○○

被保険者名 健保 太郎