

生活習慣病予防健診（健保会館健診）申込書

被扶養者および任意継続加入者用

記入例

■本書類へのご記入によって、当組合ホームページ記載の「保健事業の個人情報取り扱いについて」同意を得たものといたします。

健保の補助を利用する場合は、右記をご確認の上、チェックしてください。	☒ 受診日までに資格を喪失しない(満了や75歳到達等)。
	☒ 同一年度に他の健診(人間ドック等)で組合の補助を利用していない及び

健康保険証 記号-番号	9000 - 〇〇〇〇	被保険者名	健保 太郎			
住所	〒 332 - 0035 埼玉県川口市西青木〇-〇-〇 TEL 048 - 258 - △△△△					
① 受診者名(フリガナ)		生年月日	性別	受診希望月		
ケンボ タロウ 健保 太郎	☒ 被保険者 ☐ 被扶養者	☒ 昭和・ ☐ 令和 48 ・ 4 ・ 5	☒ 男 ☐ 女	第1 9月	第2 10月	第3 11月
受診コース	☐ A2コース	☒ Bコース	(女性のみ)	☐ 乳房検査(エコー)		
② 受診者名(フリガナ)		生年月日	性別	受診希望月		
ケンボ ハナコ 健保 花子	☐ 被保険者 ☒ 被扶養者	☒ 昭和・ ☐ 令和 50 ・ 9 ・ 7	☐ 男 ☒ 女	第1 9月	第2 10月	第3 11月
受診コース	☐ A2コース	☒ Bコース	(女性のみ)	☒ 乳房検査(エコー)		
上記の通り、東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合の補助を希望のうえ、受診いたします。						
東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 理事長 殿 2021 年 5 月 20 日						

注意事項

- 希望受診月は必ず第3希望までご記入ください。(受診希望月は3ヶ月前の月末までに要申込)
※受診日が確定いたしましたら、医療機関よりご記入いただいたご住所へ受診票・検査キット等が届きます
(受診日を変更またはキャンセルを希望される場合、必ず下記医療機関連絡先へご連絡ください。)
- ※ 受診コースは必ず選択してください。(A2とは…バリウム・便検査等のない簡易コースです)
女性の方で、乳房検査(エコー)を希望される場合、検査欄に☑を選択してください。
- ご記入いただいた申込書は、下記へFAXにてお申し込みください。

医療法人 同友会 渉外本部
東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 担当者あて
FAX 03-5803-2880
(TEL 03-6891-2252)

※健康保険組合へのFAXおよびご連絡は不要です。

- 健診会場
東京都豊島区北大塚1-21-15 (最寄駅 JR山手線「大塚駅」)
東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 健保会館「健康管理室」
- 持ち物
保険証、健康診断受診票、検体(検便)、乳房検診問診票(女性希望者のみ)、
自己負担金(組合の補助を利用して受診する場合：A2コース2,000円 Bコース3,000円)
- 健保組合の健診補助(人間ドックや秋の婦人健診を含め)は、年度内(当年4/1～翌年3/31)に1回のみです
すでに補助を利用している場合は、返還いただくことになりますのでご注意ください。
【要注意】事業所間での異動、退職後に任意継続に変更された場合も、同年度内での補助は1回です。