

健診申込書

一泊人間ドック・日帰り人間ドック・生活習慣病健診・婦人生活習慣病健診・健康診断・脳検査のみ
(35歳以上5歳ごとの年齢の方)

予約された健診項目に○をしてください。

No. _____

所在地
 事業所名
 電話番号

※脳検査（35歳以上5歳ごと）を併用して受診する場合は脳検査欄に「○」をご記入ください。

被保険者証 記号・番号	本家 別	ふりがな 利用者氏名	性別	利用月日	脳検査 MRI・MRA <small>(含む場合は○)</small>	自宅住所	利用病院	
							都道府県名	名称
	本家		男女	月 日		〒 Tel ()	都道府県	
	本家		男女	月 日		〒 Tel ()	都道府県	
	本家		男女	月 日		〒 Tel ()	都道府県	
	本家		男女	月 日		〒 Tel ()	都道府県	
	本家		男女	月 日		〒 Tel ()	都道府県	

☆健康保険組合補助は、各種健診合せて年度(4月1日から翌年3月31日まで)に1回です。

☆契約健診機関に予約後、本申込書を10日前までを目安に、FAX等で健康保険組合へご提出ください。

☆人間ドック等と併せて脳検査を受診する場合は脳検査欄に「○」をご記入ください。また、脳検査のみを単独で受診される場合は、健診項目欄の「脳検査のみ」を「○」で囲んでください。

※脳検査は受診日当日、35歳・40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方が補助対象です。

☆健康保険組合より「健診利用通知書」を発行いたします。健診日が近づいても未着の場合は、健康保険組合(TEL03-3861-1852)にお問い合わせください。

※自宅送付ご希望の場合は、欄外にその旨をご記入ください。

FAX送付先 03-3862-9700

☎ ☎ ☎ ☎ × ▷ ▯



F A X 0 3 - 3 8 6 2 - 9 7 0 0

利用（一部負担金支払）申込方法

1. 「東京都電気工事健康保険組合」の組合員である旨を告げて契約健診機関に直接お申込みください。
2. その後、健診申込書を健保組合にF A X等にてお送りください。
3. 健保組合から健診申込者に**健診利用通知書**を発行しますので、健診当日健診機関へご提出ください。原則として事業所あてにお送りいたしますので、自宅送付ご希望の場合は、欄外にその旨をご記入ください。
4. 健診後、健診機関窓口で一部負担金を、お支払ってください。

※脳検査お申込みの場合の記載について

①人間ドック等と併せて脳検査を受診される方

健診項目欄の受診する項目（日帰り人間ドック等）を「○」で囲んでいただき脳検査欄に「○」をご記入のうえ、必要事項をご記入ください。

②脳検査のみを単独で受診される方

健診項目欄の「脳検査のみ」を○で囲んでいただき、必要事項をご記入ください。