東振協契約 健診等申込書〈施設内用〉

医療機関名	

事 業 所 記 号　　　　　　　　東京ニットファッション健康保険組合（１３－２４４）

事 業 所 名 称

連 絡 担 当 者 名　　　　　　　　電 話 番 号

事 業 所 所 在 地　〒　　－
（結果送付先住所）

※Ｄ１コース受診者・家族・任意継続被保険者は、自宅への送付となりますので、ご自宅の住所をご記入ください。

No.	番　　号	氏　　名　（上段にフリガナ）	性別	続柄	生年月日	健診コース	第一希望	第二希望	いつでも可
1			男・女	本人・家族	昭　和　・　平　成 年　　月　　日	Ａ１・Ａ２ Ｂ　・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上　希望する場合は〇をしてください …（ 医師採取法 ） 乳 が ん30歳以上　いずれか１つに〇をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】　変更を希望する場合は〇をしてください…（ 変更希望 ）								
2			男・女	本人・家族	昭　和　・　平　成 年　　月　　日	Ａ１・Ａ２ Ｂ　・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上　希望する場合は〇をしてください …（ 医師採取法 ） 乳 が ん30歳以上　いずれか１つに〇をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】　変更を希望する場合は〇をしてください…（ 変更希望 ）								
3			男・女	本人・家族	昭　和　・　平　成 年　　月　　日	Ａ１・Ａ２ Ｂ　・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上　希望する場合は〇をしてください …（ 医師採取法 ） 乳 が ん30歳以上　いずれか１つに〇をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】　変更を希望する場合は〇をしてください…（ 変更希望 ）								

〇 この申込書は、希望する医療機関へ直接送付してください。（郵便またはＦＡＸ）
　健診コース（希望のコースを〇で囲む）等、記入もれのないようご確認ください。
〇 後日医療機関より、ご担当者様あてに日程の連絡をさせていただきます。
　また、スケジュールの都合により、ご希望に添えない場合がありますので、余裕を持ってご送付ください。
〇 婦人科オプションについては、医療機関によっては実施できない内容がありますので、契約医療機関にご確認ください。
〇 内視鏡オプションについては、上部消化管Ｘ線検査から変更できない医療機関もございます。
〇 下記の一部負担金は、健診当日に医療機関の窓口にてお支払いください。

〈医療機関様へのお願い〉

◎ この健診は、東振協契約です（健診コースに応じて下記負担金の徴収をしてください）。
　オプション検査（婦人科検診・内視鏡への変更の差額以外）につきましても、受診者または事業所に直接請求してください。
◎ 年齢又は続柄によって受診できるコースが異なりますので、記載事項の確認をお願いいたします。
◎ 申込書を確認されましたら、「連絡担当者」あてにご連絡のうえ、受診日の調整をしていただきますようお願いいたします。

健診コース	Ａ１コース	Ａ２コース	Ｂコース	Ｄ１コース
一部負担金	無料	５００円	１，５００円	８，０００円

※婦人科検診につきましては、東振協契約書、もしくは当組合ホームページでご確認ください。
※内視鏡への変更の差額につきましては、受診者負担になります。
※Ａ１コースは４０歳未満の被扶養者が対象です。

No.

東振協契約 健診等申込書（続紙）〈施設内用〉

医療機関名	

事業所記号 東京ニットファッション健康保険組合（１３－２４４）

事業所名称

No.	番号	氏名（上段にフリガナ）	性別	続柄	生年月日	健診コース	第一希望	第二希望	いつでも可
1			男・女	本人・家族	昭和・平成 年 月 日	Ａ１・Ａ２ Ｂ・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上 希望する場合は○をしてください …（ 医師採取法 ） 乳がん30歳以上 いずれか１つに○をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】 変更を希望する場合は○をしてください…（ 変更希望 ）								
2			男・女	本人・家族	昭和・平成 年 月 日	Ａ１・Ａ２ Ｂ・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上 希望する場合は○をしてください …（ 医師採取法 ） 乳がん30歳以上 いずれか１つに○をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】 変更を希望する場合は○をしてください…（ 変更希望 ）								
3			男・女	本人・家族	昭和・平成 年 月 日	Ａ１・Ａ２ Ｂ・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上 希望する場合は○をしてください …（ 医師採取法 ） 乳がん30歳以上 いずれか１つに○をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】 変更を希望する場合は○をしてください…（ 変更希望 ）								
4			男・女	本人・家族	昭和・平成 年 月 日	Ａ１・Ａ２ Ｂ・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上 希望する場合は○をしてください …（ 医師採取法 ） 乳がん30歳以上 いずれか１つに○をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】 変更を希望する場合は○をしてください…（ 変更希望 ）								
5			男・女	本人・家族	昭和・平成 年 月 日	Ａ１・Ａ２ Ｂ・Ｄ１			
	【婦人科検診オプション】 子宮がん20歳以上 希望する場合は○をしてください …（ 医師採取法 ） 乳がん30歳以上 いずれか１つに○をしてください …（ 超音波ｴｺｰ ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ ・ 超音波ｴｺｰ+視触診 ・ ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ+視触診 ） 【内視鏡オプション】 変更を希望する場合は○をしてください…（ 変更希望 ）								

※婦人科オプションについては、医療機関によっては実施できない内容がありますので、契約医療機関にご確認ください。
※内視鏡オプションについては、上部消化管Ｘ線検査から変更できない医療機関もございます。
※Ａ１コースは４０歳未満の被扶養者が対象です。

※受診予定者が、1回のお申し込みにつき３名を超える場合、続紙としてお使いください。