

節目健診申込書

送付先

郵便：〒150-0031
東京都渋谷区桜丘町29番11号
FAX：03-3461-9375
文書メール：185-250

日本電気健康保険組合 疾病予防担当 行

● 健診機関に予約をしてから、受診日前までに余裕をもって到着するように送付してください

被 保 者 記 入 欄	健診コース (いずれかに○)		・ 人間ドック (日帰り)				・ 婦人健診				
			※ 人間ドックコースに婦人科(乳がん・子宮がん)のオプションをつけた場合は「人間ドック」で申込み (下記参照)								
	被保険者証 記号・番号		記号		番号		会社名 (任意継続加入の方は空欄で結構です)				
	被保険者 氏名		(フリガナ)				所属				
							TELNET 8 - - 文書メール -				
							TEL - -				
							E-Mailアドレス @				
	自宅住所		〒 -				※ 健診案内送付のため正しく記載してください				
			Tel(携帯) - -								
	受診者氏名		(フリガナ)				続柄		生年月日		※ 年齢によって本健診の対象にならない場合があります。下記、対象の年齢をご確認ください。
								昭和 年 月 日 (歳)			
健診機関名		健診機関コード ()									
受診年月日 (西暦)		年		月		日					
自己負担分を被保険者の給与から控除することを了承します。 尚、本内容に不服のある方は、疾病予防Gまでお申し出ください。											

■ 人間ドックコースとセットで乳がん検査、子宮がん検査を希望した場合は健保が補助を致します。
乳がん検査はマンモグラフィー・エコー検査の何れか1つを補助対象。子宮がん検査は内診・子宮頸部細胞診を補助対象とします。
人間ドックお申込み時に健診機関へ予約してください。

■ 本健診は年度の年齢で節目を迎える方が対象です。

被保険者 (女性のみ)	被扶養者						
35歳	女性						
	男性						
	30歳	35歳	40歳	45歳	50歳	55歳	60歳

※ 上記以外の年齢の方は対象外となります。
節目健診以外の 人間ドック・婦人健診 はご利用いただけます。(自己負担分は契約料金の3割です)

【ご注意】

- ・ 健診機関から健康保険組合に「健診結果」が報告されることに同意した方がご利用いただけます。
- ・ 健診機関へ受診予約後、本申込書で健康保険組合へ申込みください。
- ・ 契約内容以外の健診項目、オプション検査料金は、受診日に健診機関窓口でお支払いください。
- ・ 任意継続の被保険者および扶養者の方は、自己負担分を受診日に健診窓口でお支払いください。
- ・ 詳細は健康保険組合ホームページ(<http://www.neckenpo.or.jp/>)でご確認ください。

受付日(健保使用欄)