

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿
(TEL : 059-327-5380 FAX : 059-327-5381)

健診結果が日本トランスシティ健康保険組合に報告されることを承知したうえで、
下記のとおり申込みいたします。

提出先

〒510-0011
三重県四日市市霞2丁目12番地
日本トランスシティ健康保険組合

被保険者氏名
(社員本人)

健保→受診機関

健診受付担当者 様

みたき健診クリニック以外
受診窓口での支払いはありません

被扶養者 健診利用申込書

日本トランスシティ健康保険組合
担当：

受 診 者	記号 - 番号	記号 —	番号	グループ社員共済会 どちらかに○	加入・非加入	
	フリガナ				性別 男・女	
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	住 所	〒 —				
	連 絡 先	(自宅又は携帯) —				

※連絡先は、連絡がとりやすい番号をご記入ください。
※自己都合で、変更・キャンセルされた場合は、健康保険組合へもご連絡ください。

受診施設名	(ご担当者名)
受診希望コース	<input type="checkbox"/> 特定健診コース(負担なし) <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診コース(負担なし) ※ご希望のコースに✓して下さい。 ※被保険者がグループ社員共済会に非加入の場合は、個人負担 1万円が給与天引きになります
オプション	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診 (<input type="checkbox"/> エコーのみ <input type="checkbox"/> エコー・マンモ：40才以上のみ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ※個人負担(女性検診の合計金額が1万円を超えた部分は健保負担) <input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー (男性) ※健保負担 <input type="checkbox"/> 胃カメラ(バリウム検査からの変更) ※差額が有る場合は、個人負担 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA・AFP・CA19-9) ※個人負担 ※ご希望の検診に✓して下さい。
受 診 日 (確定)	年 月 日 () 時

受診機関のご担当者様へ

※ 恐れ入りますが、受診日程をご確認いただき、下段に確認印を押印の上、当健保組合あてにFAX送信願います。
※ 受診者の窓口負担はありません。費用全額を当健保組合あてにご請求ください。
請求内訳は、「特定健診分」「特定健診項目以外」「オプション検査」に分けて明記をお願いします。

請求書	
¥	*****円 (総額)
内訳	特定健診分 円
	〃 以外 円
	オプション検査 円

受診機関→健保組合 FAX:059-327-5381		
確 認 印	担当者	備考