

日本トラン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

個人負担額は窓口にてお支払いください

みたき健診クリニック
健診受付担当者様

被扶養者 健診利用申込書

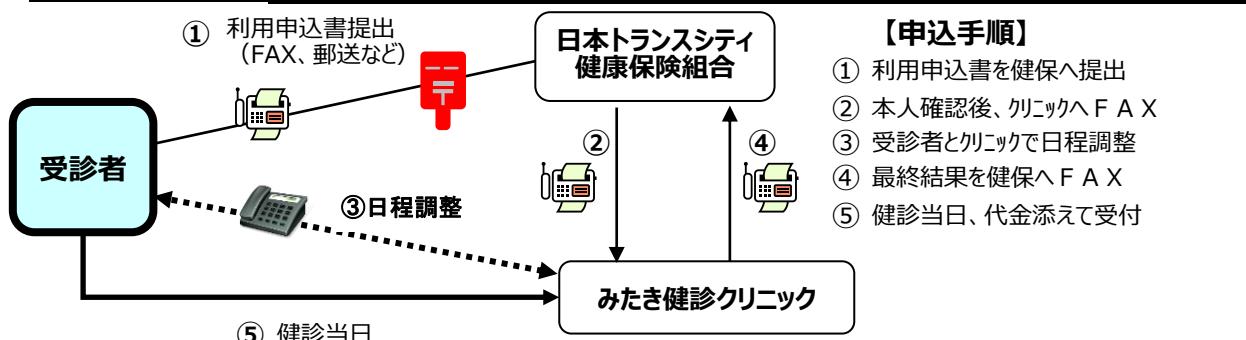
日本トランシティ健康保険組合
担当 :

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			
	氏名		性別	男・女
	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	みたき健診クリニック (ご担当者名)			
受診希望コース ※ご希望のコースに✓して下さい。	<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)			
※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 (個人負担) ※ご希望の検診に✓して下さい。 ※女性検診は、平日 月～金	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診 (□エコー：3,850円 □エコー・マンモ：8,250円 40才以上のみ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (4,400円) ※個人負担 (女性検診で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(個人負担なし) (男性) ※全額健保負担 <input type="checkbox"/> 胃カメラ(バリウム検査からの変更) (4,400円) ※全額個人負担 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (5,390円) ※全額個人負担			
受診希望日	第1希望日	/	第2希望日	/



健診クリニック→健保組合 (FAX : 059-327-5381)		
受診日時	担当者	備考
/ :		