

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1番地の1
日本トランスシティ健康保険組合

被保険者氏名
(本人)

健保→受診機関

受診窓口での支払いはありません

健診受付担当者 様

日本トランスシティ健康保険組合

担当 :

20

任意継続被保険者
 (任意継続) 被扶養者 健診利用申込書

受診者	記号 - 番号	記号	番号			
	フリガナ				性別	男 ・ 女
	氏 名				年齢	歳
	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 } 任意継続被保険者 (7,000円) (任意継続) 被扶養者 (10,000円)				
オプション	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> エコーのみ <input type="checkbox"/> マンモのみ <input type="checkbox"/> エコー・マンモ ※マンモは40才以上のみ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ※自己負担 (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、自己負担 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA・AFP・CA19-9) ※自己負担				
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うえ、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」に分けて明記願います。

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