

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  
(本人)

健保→受診機関

自己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

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

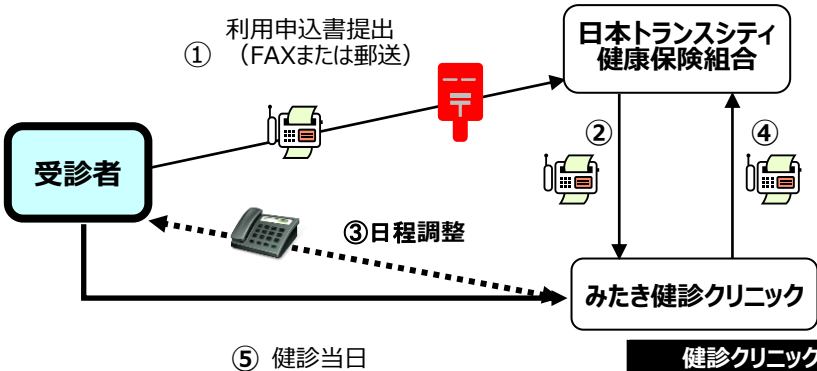
健診利用申込書

受診者	記号 - 番号	記号 番号 20 -		
	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	<input type="checkbox"/> 特定健診コース(負担なし)		
※ご希望のコースに✓をしてください。	<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	■ 乳がん検診 ( <input type="checkbox"/> エコー : 3,850円 <input type="checkbox"/> エコー・マンモ : 8,250円 40才以上のみ )		
※ご希望の検診に✓してください。 ※女性検診は、平日 月～金	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (4,400円) ※自己負担 (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(自己負担なし) (男性) ※健保負担		
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(バリウム検査からの変更) ※自己負担 (4,400円)		
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA・AFP・CA19-9) ※自己負担 (5,390円)		
受診希望日	第1希望日	/	第2希望日 /



【申込手順】

- ① 利用申込書を健保へ提出
- ② 本人確認後、クリニックへFAX
- ③ 受診者とクリニックで日程調整
- ④ 最終結果を健保へFAX
- ⑤ 健診当日、代金添えて受付

健診クリニック → 健保組合 (FAX : 059-327-5381)

受診日時	担当者	備考
/ :		