

任意継続被保険者健診 FAX 申込書

エービービー健康保険組合

To： 健診機関名

健診予約係 御中

【 FAX No.

】

希望日

(第1希望)

月

日

()

時

(第2希望)

月

日

()

時

From： 申込者

(フリガナ)				性 別	
名 前				男 ・ 女	
	任 意 継 続 被 保 険 者			年齢	
電 話			F A X		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	保険証記号番号 7 0 0 -

↓希望するコース・オプション検査項目に○をつけてください

健診コース	オ プ シ ョ ン 選 択 項 目	
任意継続被保険者健診 35 歳以上 ※1	胃 検 査	X線（バリウム） ・ 胃カメラ ・
	乳 が ん 検 査 ※2	乳房エコー ・ マンモグラフィ
	子 宮 卵 巢 エ コ ー ※3	希望する ・ しない
人間ドック 35 歳以上 ※4	胃 検 査	X線（バリウム） ・ 胃カメラ ・
	乳 が ん 検 査 ※2	乳房エコー ・ マンモグラフィ

- ※1 任意継続被保険者健診には、35 歳限定でピロリ菌抗体検査が、45 歳限定で B 型と C 型肝炎検査 が含まれています。50 歳以上の男性の任意継続被保険者健診には、前立腺がん検査（PSA 腫瘍マーカー）が含まれています。 女性の任意継続被保険者健診には、医師採取による子宮頸がん細胞診が含まれています。
- ※2 任意継続被保険者健診では、乳房エコーとマンモの両方を全額健保負担で受けることができます。（人間ドックは対象外です）
- ※3 任意継続被保険者健診での子宮卵巣エコーは、全額健保負担のオプションですが、健診機関によっては、実施出来ない施設もあります。
- ※4 人間ドックは、健保への請求が健保負担限度額を超える金額は自己負担になります。ただし、35 歳限定でピロリ菌抗体検査が、45 歳限定で B 型と C 型の肝炎検査が、健保負担上限額とは別に一律追加されます。

この申込書は健診機関へFAXしてください。（健保組合への送信・電話連絡は不要です）