

社員健診 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)			社員番号	性別	
名前				男・女	
会社名				年齢	
電話			FAX		
生年月日	昭和・平成	年 月 日	保険証記号番号	7	-

↓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 (年齢は全て3月31日時点ののです)

健診コース	オプション選択項目	
定期健診 34歳以下	大腸がん検査	希望する ・ しない
	乳がん検査 ※1	マンモグラフィ ・ 乳房エコー
	子宮卵巣エコー ※2	希望する ・ しない
生活習慣病健診 35歳以上 ※4	胃検査	X線(バリウム) ・ 胃カメラ ・
	乳がん検査 ※3	マンモグラフィ ・ 乳房エコー
	子宮卵巣エコー ※2	希望する ・ しない
人間ドック 35歳以上 ※5	胃検査	X線(バリウム) ・ 胃カメラ ・
	乳がん検査	マンモグラフィ ・ 乳房エコー

- ※1 定期健診では、マンモと乳房エコーどちらかひとつを健保負担で受けることができます。両方希望の場合は、乳房エコーは自己負担になります。
- ※2 女性の定期健診または生活習慣病健診には、医師採取による子宮頸がん細胞診が含まれています。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。
- ※3 女性の生活習慣病健診では、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)
- ※4 生活習慣病健診には、35歳限定でピロリ菌抗体検査が、45歳限定でB型とC型の肝炎検査が含まれています。50歳以上の男性の生活習慣病健診には、前立腺がん検査(PSA腫瘍マーカー)が含まれています。
- ※5 人間ドックは、健保組合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、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)