エービービー健康保険組合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| To：  **社員健診FAX申込書** | 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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  | | | | 性　別 | |
| 名　前 |  | | | | 男　　・　　女 | |
| 会社名 |  | | | | 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　　 － | | |

↓希望するコース・オプション検査項目に○をするか、不要な方を削除してください（年齢は全て3月31日時点のです）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診コース | オ　 プ　 シ　 ョ 　ン　　選　　択　　項　　目 | |
| 定期健診  35歳未満 | 大　腸　が　ん　検　査 | 希望する　　・　　　しない |
| 乳　が　ん　検　査　　　　　　　 ※1 | 乳房エコー ・ マンモグラフィ |
| 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  ※3　　 ※4 | 胃　検　査 | Ｘ線（バリウム） ・ 　　胃カメラ ・ |
| 乳　が　ん　検　査　　　　　　　 ※1 | 乳房エコー ・ マンモグラフィ |
| 子　宮　卵　巣　エ　コ　ー　　　※2 | 希望する ・ しない |
| 人間ドック  35歳以上　　※3 | 胃　検　査 | Ｘ線（バリウム） ・ 　　胃カメラ ・ |
| 乳　が　ん　検　査　　　　　　　 ※5 | 乳房エコー ・ マンモグラフィ |

※1 39歳以下の方が乳房エコーとマンモの両方希望する場合は、乳房エコー代は自己負担となります。

40歳以上の方は、生活習慣病健診で乳房エコーとマンモの両方を健保負担で受けることが出来ます。

※2 定期健診・生活習慣病健診での子宮卵巣エコーは、健保組合が費用を負担するオプションですが、実施出来ない

施設もあります。（女性の定期健診、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。）

※3 35歳の生活習慣病健診・人間ドックにはピロリ菌抗体検査が、45歳の生活習慣病健診・人間ドックにはB型肝炎とC型肝炎の血液検査が含まれています。

※4 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 40歳以上のマンモと乳房エコーの両方の費用を健保が負担するのは、生活習慣病健診でのみです。人間ドックは対象外です。

**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）**