

☆申込書は受診日の1ヵ月前から2週間前までに当組合へご提出下さい。

受付番号：

領収書番号：

任意継続被保険者用(A2コース) 定期健診申込書

部長	課長	係長・主任	担当者

◇実施期間 令和7年4月1日～令和8年3月31日

◇対象年齢 34歳以下の方（平成3年4月1日以降生まれた方）

◇検査項目 ①問診・診察 ②計測（身長・体重・腹囲）③視力・聴力検査 ④血圧 ⑤胸部レントゲン ⑥尿検査（蛋白・糖）⑦貧血検査 ⑧血液生化学検査（糖代謝・腎機能・脂質代謝・尿酸・肝機能）⑨心電図 ⑩子宮頸部細胞診（女性のみ）

注意事項 健康診断が受診できるのは、実施期間中に1回のみです。
指定検査項目以外の検査はオプション検査（自己負担）となります。

申込者記入欄

保険証等記号番号	記号	999	番号	
フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日
送付先住所	〒	—		
電話番号 （平日昼間）		（ ）	振込予定日	令和 年 月 日
医療機関名			受診日	令和 年 月 日

《申込から受診までの流れ》

医療機関に
健診の予約をする

指定医療機関に直接連絡し「関東百貨店健康保険組合の被保険者であること」
「健診コースはA2コースであること」を伝えて予約をしてください。

当組合へ
① 申込書を提出
② 一部負担金を入金

一部負担金は、2,800円です。

一部負担金の入金は、受診日の1ヵ月前から2週間前までに行ってください。
入金方法は次のうち、どちらか一方をお選びください。
郵送料 および 振込手数料はご本人様負担となります。

現金書留の場合 ※申込書を同封してください。

郵送先 → 〒110-8639 東京都台東区東上野 1-13-14
関東百貨店健康保険組合 健康管理課

銀行振込の場合 ※申込書はFAXか郵送してください。

振込先 → みずほ銀行 稲荷町支店
普通口座 口座番号(1001606)
口座名義/関東百貨店健康保険組合
振込者名/受診者本人氏名

FAX → 03-3839-5624

健康診断を受診する

保険証（マイナ保険証・資格情報のお知らせ、資格確認書）を持参して受診してください。

保険証等を忘れた場合、健康診断を受診することができません。ご注意ください。

☆ご不明な点がございましたら健康管理係（03-3833-6143）までご連絡下さい☆