

☆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(B・B1コース) 生活習慣病予防健診申込書

部長	課長	係長・主任	担当者

◇実施期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日

◇対象年齢 35歳以上の方（平成2年3月31日以前に生まれた方）

◇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胃がんリスク検査(血清ペプシノーゲン) ⑪便潜血反応検査(2回法) ※40歳以上、B1のみ ⑫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。人間ドックとの併用はできません。
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	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

当組合へ
① 申込書を提出
② 一部負担金を入金

健康診断を受診する

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BまたはB1コースであること」を伝えて予約をしてください。
35歳～39歳→Bコース 40歳以上→B1コース

一部負担金は、3,400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 □座番号(1001606)
□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

「保険証」を持参して受診してください。

保険証を忘れた場合、健康診断を受診することができません。ご注意ください。