

組 合 記 入 欄						
同年月日						
専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	扱者

## 直接契約健診機関 利用申込書

ご利用の基本コースとオプション検査に  
○印をしてください。  
※重複して他コースは受診できません。

基本コース	オプション検査			欄は追加できません	
	脳ドック	乳房	子宮細胞診		
人間ドック					
家族健診(婦人科なし)					
家族健診(婦人科あり)					
脳ドック					
被保険者証 記号-番号	-		被保険者氏名	Ⓜ	
事業所名称	※任意継続者は記入不要です				
事業所 所在地	〒			電話	( )
利用者氏名	性別	続柄	生 年 月 日		
	男・女	本人・家族	昭和	年	月 日( 歳)
健診機関名			利 用 年月日	令和	年 月 日( )
健診機関 住 所	〒		電話 ( )		
※以下の項目に <b>同意されない場合は、☑を入れてください</b>					
確認事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診、人間ドック、家族健診、特定健診は同一年度内(4月1日～翌年3月31日)1回の受診となります 同一年度内に重複受診した場合は、一方の健診費用は全額受診者負担となることを了承します				
	<input type="checkbox"/> 脳ドックは、2年度に1回の補助となります。 前年度に補助金利用していた場合は全額受診者負担となることを了承します				
	<input type="checkbox"/> 個人情報の取扱いに同意します。※個人情報の取扱いについては、ホームページ等に掲載しています				

上記のとおり申込みます。 ※任意継続者は記入不要です

年 月 日

健康管理推進委員氏名

Ⓜ

## ◎ 直接契約健診機関のご利用について ◎

- 電設健保が直接契約している健診機関で、人間ドック、家族健診、脳ドックを受診する際にご利用ください。
- 契約健診機関は、ホームページまたは機関誌「電設けんぽ」3月号に添付している『電設健保健診事業のご案内』をご覧ください。

### 各コースの対象者と検査項目

		対象者			検査項目（健診機関により異なる場合があります）													組合負担 限度額	利用者 負担金	
		被 保 者	被 扶 養 者	年 齢	身 体 計 測	胸 部 X 線 検 査	尿 液 検 査	血 液 検 査	心 電 図 検 査	胃 部 X 線 検 査	便 潜 血 検 査	腹 部 超 音 波 検 査	眼 底 検 査	眼 圧 検 査	乳 房 検 査	子 宮 細 胞 診 検 査	M R I ・ M R A 検 査			
基本 コース	人間ドック	●	●	35 歳 以 上	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				21,000円	組合負担金 との差額
	家族健診 (婦人科なし)		●		●	●	●	●	●	●	●								利用者負担金 との差額	2,000円
	家族健診 (婦人科あり)		●		●	●	●	●	●	●	●				●	●			利用者負担金 との差額	2,000円
	脳ドック	●	●															●	21,000円	組合負担金 との差額
オプ ション 検査	脳ドック	●	●														●	21,000円	組合負担金 との差額	
	乳 房	●	●											●				2,700円		
	子宮細胞診	●	●													●		※1 3,300円		

※1 子宮細胞診の組合負担限度額は、自己採取法1,700円、医師採取法3,300円です。

### 《ご利用方法》

- ① ご利用の方は、直接、契約健診機関へご希望の健診コース、オプション検査及び利用日時を予約してください。
- ② 予約ができましたら、利用予定日の3週間前までに「直接契約健診機関利用申込書」を健康管理推進委員を通してへるすびあ健診センターへ提出してください。  
※任意継続の方は、直接、へるすびあ健診センターへ提出してください。
- ③ へるすびあ健診センターより、「利用通知書」を健康管理推進委員へ送付します。  
※任意継続の方には、ご自宅へ送付します。
- ④ 「利用通知書」は健診当日、健診機関の窓口へ提出してください。  
利用者負担金及び有料オプション検査で脳ドック・乳房・子宮細胞診を受診した場合は健診当日、窓口で精算してください。

### 【注意事項】

- 生活習慣病予防健診、人間ドック、家族健診、巡回主婦健診、特定健診は、年度内(4月1日～翌年3月31日)いずれか1回の受診となります。
- 脳ドックは、2年度に1回の補助となります。自費で受診する場合は、利用申込書の提出は必要ありません。
- 乳房検査、子宮細胞診検査は、年度内それぞれ1回の受診となります。
- 精密検査の対象となった場合は、保険診療となりますので、健康保険証を提示して受診してください。
- 特定保健指導の対象となった方には、へるすびあ健診センターよりご案内と「特定保健指導実施申込書」を健康管理推進委員へ送付しますので、必ず指導を受けてください。(費用は健保組合が負担します)

[お問い合わせ先] 〒174-8526 東京都板橋区坂下1-33-12  
電設健保へるすびあ健診センター 健康管理課  
TEL 03-5970-6811 FAX 03-5970-6863