

直

## 直接契約健診機関 利用申込書

健康保険の	記号	番号	被保険者氏名			
利用者氏名			性別	続柄	生 年 月 日	
			男・女	本人・家族	昭和 平成	年 月 日( 歳)
事業所	名称	※任意継続者は記入不要です				
	所在地	〒 電話 ( )				
利用年月日		令和 年 月 日 ( 曜日)				
基本コース	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。		オプション検査	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					
健診機関名						
健診機関住所	〒 電話 ( )					
◇申請前に必ずご確認ください◇						
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回の受診です。						
同一年度内に重複受診した場合は、2回目以降の健診費用全額が自己負担となります。						
脳ドックは2年度に1回の補助となり、前年度に補助金利用していた場合は全額自己負担となります。						
利用申込書に記入された内容は本件以外には使用しません。個人情報の取り扱いについては、ホームページ等に掲載しています。						
上記のとおり申込みいたします。						
提出内容等について利用者本人より同意を得て提出しておりますことをご報告いたします。						
年 月 日		健康管理推進委員氏名				
		(住所)				
		任意継続者 (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 険 者	被 扶 養 者	年 齢	身 体 計 測	胸 部 X 線 検 査	尿 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提出ください。  
※任意継続の方は、直接提出ください。
- ③ 「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。
- 家族健診(婦人科あり)に、オプション検査(乳房・子宮細胞診)の補助金申請はできません。
- 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、マイナ保険証等を提示し受診してください。
- 特定保健指導の対象となった方には、「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)
- 受診日当日までに電設工業健康保険組合の資格を喪失された方は、全額受診者負担となります。

[問合せ先]      〒102-8421 東京都千代田区二番町4番地2  
電設工業健康保険組合 健康管理課 健康管理係  
TEL 03-3265-0307