

各種健診予約申込内容確認書

申込区分	1. 新規申込	2. 日程変更	3. 申込取消
健診機関名			
受診日			
健診種別			
オプション検査等 (予約した検査に○)		脳ドック(OP)	
		肺癌検診(OP)	
自己負担額			
健康保険 記号・番号			
(フリガナ) 受診者名 続柄			
生年月日			
性別			
日中連絡のとれる 電話番号			
加入保険組合	〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 TEL : 03-3834-7216 FAX : 03-5812-0911		
申込年月日			

<注意事項>

※この確認書は、電機健保契約健診機関での「人間ドック」「婦人健診」「脳ドック」「肺がん健診」「子宮頸がん検査」を受診する際に必要な書類です。健診日当日受付に健康保険証と一緒に提出してください。

※統計資料等の作成、または健康教育や保健指導などの疾病予防の効果につながる保健事業の実施に活用するため、医療機関から当保険組合にあなたの健診結果が通知されます。

※この申し込みに係る個人データについて、健診受診率の向上を目的として、東京都電機健康保険組合と事業所は共同利用します。

※二次検査を実施し、保険診療となる場合は、費用の3割が本人負担となります。

<記入に際しての注意点>

・申込時に必要な健康保険の記号・番号につきましては、当組合発行の資格情報のお知らせ、資格確認書のほか、マイナンバーでも確認できます。

・健診種別欄は、「人間ドック」「婦人健診」「脳ドック」「肺がん健診」「子宮頸がん検査」のいずれかをご記入ください。

・オプション検査欄は、人間ドック受診の場合のみ受診可能です。

・自己負担額について

「人間ドック」：12,000円

「婦人健診」：被保険者2,000円 被扶養者5,000円 ※令和6年度より変更となりました。

「脳ドック」・「肺がん検診」：健診機関により異なりますので、組合HP内の「契約健診機関一覧表」をご確認ください。

「子宮頸がん検査」：1,000円

・記入後、コピーをとり電機健保 健康事業課宛 郵送またはFAXでお送りください。(FAX03-5812-0911)

・組合へ提出後、内容に変更があった場合は申込区分の2. 日程変更に○をつけて変更後の内容を記入のうえ再度提出してください。

・組合へ提出後、健診をキャンセルされた場合は申込区分の3. 申込取消に○をつけて申込時の内容を記入のうえ再度提出してください。