

家族健診受診申込書 (FAX・郵送用)

〒166-0004 東京都杉並区阿佐ヶ谷1-14-1

一般財団法人 日本健康文化振興会 本部事務局 全国健診部

※ホームページ記載のWebからのお申込と郵送・FAXによるお申し込みの併用はできません

<締切日> 11月30日 必着厳守

記入もれが無いようにご記入ください。

被 保 険 者	健保名	ジェイティービー健康保険組合				会社名				
	健保コード	22121002								
	所属箇所名 (勤務先)	JT B内線 ()				TEL: FAX:				
	フリガナ									
	氏名 (保険証記載名)	男・女								
	保険証	記号					番号			

●受診申込者<被扶養者 記入欄> ※希望受診日は申込日より30日以上先の日を記入してください

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	希望検査項目 (番号に○印をつける)		
氏名			(西暦) 年 月 日 (才)	1	胸部X線	
住所	〒	TEL:	TEL:	2	胃部X線 (40歳以上)	
				3	子宮がん (20歳以上の配偶者と40歳以上の家族)	
				4	乳がん (マンモグラフィ) ※	
				5	乳がん (超音波) ※ ※4又は5どちらかに○をつけてください	
6	大腸 (40歳以上)					
FAX			携帯電話番号 (必須)			
希望医療機関名			第1希望受診日	第2希望受診日	第3希望受診日	
			月 日	月 日	月 日	
コードNo.				受診期限: 5月~翌年1月末日まで		

- ・年齢は年度末 (翌年3月31日) 現在の年齢です。
- ・基本検査 (自己負担金: 3,200円) は全員受診です。
- ・乳がん検査は受診希望医療機関名簿でご確認のうえ、4か5に○印をしてください。
- ・希望医療機関名、保険証記号・番号は必ず記入してください。(記入がない場合は受診できません)
- ・受診日は必ずしもご希望に沿えるとは限りませんので予めご了承ください。
- ・子宮がん、乳がん検査は、妊娠中・授乳中には受診できない場合があります。

※医療機関によっては、乳がんの医師視触診検査を必ず実施する医療機関があります。予めご了承ください。
また、医療機関名簿に記載の情報を必ずご確認のうえお申込ください。

●受診年齢と個人負担金 ※年齢は年度末 (翌年3月31日) 現在の年齢

検査項目	受診年齢	自己負担金額	
基本検査 (必須)	必ず全員受診	3,200円	健康診断を受診後に携帯電話番号宛てにSMSで電子請求書が送付されます。(株式会社ウエルネットが送付)
胸部X線	年齢不問	980円	
胃部X線	40歳以上	4,300円	記載のURL・ID・パスワードを使用してログインするとお支払方法についてご案内されます。 ※スマートフォンでご操作ください。
子宮がん (子宮頸部細胞診)	20歳以上の配偶者と40歳以上の家族	1,050円	
乳がん (マンモグラフィ検査 超音波検査)	30歳以上の配偶者と40歳以上の家族	500円	コンビニエンスストア、銀行ATM、電子マネーなどでお支払いください。
乳がん (医師視触診+マンモグラフィ検査 医師視触診+超音波検査) ※ 医師視触診検査を必ず実施する医療機関の場合	30歳以上の配偶者と40歳以上の家族	2,150円	
大腸検査 (便潜血)	40歳以上	540円	

自己負担金には、電子請求書の発行手数料 (280円) を加算いたします。