

郵便健康診断申込書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

郵便健康診断を受診したいので申込みをいたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者証・資格確認書の記号・番号	記号	番号	フリガナ	ケンボ タロウ	
	0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	被保険者の氏名	健保 太郎	
事業所の名称	銀行・関連会社名又は特退・任継		部室店名又は所属部門	店番又は事業所コード	
	〇〇〇〇 線・外線 00 - 000 - 0000)		〇〇〇〇	0000	
受診者の氏名 (被保険者又は被扶養者氏名)	フリガナ	ケンボ アイコ	性別	続柄	昭和・平成・令和
	健保 愛子		男・女	妻	生 年 日 月 日 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇才)
被 保 険 者 記 入 欄 受診者の所	(マンション・アパート等は、棟・部屋番号まで詳しく記入して下さい。) 〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1 電話 000 (000) 0000				
検査項目	ご希望の検査項目番号に○印を付けて下さい。 ①生活習慣病検査(かんたん健診)(5,900円) ⑥子宮頸がん検査(HPV検査)(5,100円) ②大腸がん検査(便潜血反応検査)(2,500円) ⑦セット検査A(①+②+③ 10,000円) ③胃がん検査(ペプシゲン検査)(3,600円) ⑧セット検査B(①+②+④ 12,000円) ④胃がん検査(ABC健診)(5,600円) ⑨男性セット検査(①+②+⑤ 10,000円) ⑤前立腺がん検査(PSA検査)(3,100円) ⑩女性セット検査(①+②+⑥ 11,500円)				
キャンセル料	※番号は上記検査項目番号		健診を受診しなかった場合、左記キャンセル料を支払います。		申請者確認(レ点)
	① 3,100円 ⑦,⑨ 4,700円 ②,③,⑤ 800円 ⑧,⑩ 4,900円 ④,⑥ 1,000円	<input checked="" type="checkbox"/>			
申請者確認 (レ点)	確認欄	この申請については下記①又は②、および③の要件を満たしたものである			
	<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無く申請者本人が確認している。 ③人間ドックまたは任意健康診断の補助制度は年度内は利用しません。			

・健保補助限度額 10,000円

・検査内容、採取方法については別紙「郵便健診各種検査内容のご案内」をご参照ください。

- (注) ①受診対象者は、特例退職及び任意継続を含めた全ての被保険者、被扶養者。
 ②事業所の名称欄には銀行又は関連会社名を記入して下さい。また、銀行は部室店名及び店番を関連会社は所属部門及び事業所コードを記入して下さい。
 なお、受診者が特例退職又は任意継続被保険者の場合は、特退又は任継の何れかを記入して下さい。
 ③検査委託先は、健保組合が契約した「一般財団法人日本健康増進財団」となります。
 ④申込後、委託契約先より検査キット一式が受診者個人の自宅宛てに送付されますので、送付資料の指示に従って、委託契約先へ返送して下さい。
 ⑤同一年度内に人間ドック又は任意健康診断(健保オプションA・健保オプションB・専門ドック)との併用は出来ません。
 ⑥補助金限度を超えた受診料金は、直接検査委託先へお支払い下さい。

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛(TEL050-3613-3125)

【行内メール】東日本 7872-50 三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛

6年12月版