

平成26年度

集団健康診断

・主催 天理市商工会 ・健診委託機関 医療法人恵生会
・受診対象者 天理市商工会々員事業主、家族専従者、従業員

A. 一般受診（国民健康保険加入・社会保険で34才まで）の方

- ◇検診料 6,000円/人(受診当日事業所単位でお支払い下さい)
- ◇検診項目 既往歴、自覚・他覚症状、診察、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線、血圧、貧血、肝機能、中性脂肪、HDL・LDL(悪玉)コレステロール、血糖、尿、心電図
- ◇胃レントゲン 6/17(火)午前中のみ実施(別途費用3,500円)
- ◇オプション検査 血液検査(腎機能・痛風・膵臓・各種腫瘍マーカー) 大腸がん検査(便潜血)(別途費用) 有機溶剤検査(午後のみ)、肝炎ウイルス検査等(選択可)
- ◇日 時 平成26年6月16日(月)・17日(火)

B. 協会けんぽ(社会保険)の補助を利用する方

協会けんぽ加入(国民健康保険ではない)の方で35才~74才の方は費用が安くできます。

- ◇検診項目 生活習慣病予防検診(上記検査項目に血液検査項目が付加)
- ◇検診料 4,600円/人(胸部と胃部のレントゲン間接撮影)
7,100円/人(胸部と胃部のレントゲン直接撮影)
*間接撮影は主に集団健診用、直接撮影は精密検査となります。
- ◇日 時 平成26年6月18日(水)

A・B 共通

- ◇受付時間 午前9:00 ~ 午後4:00(受診日時は後日連絡)
- ◇場所 天理市保健センター(天理市役所駐車場 西側別棟)
- ◇申込切 5月20日(火) 事務局必着厳守

【お申込み・お問い合わせ】 申込書に記入し、FAXでお申し込み下さい。
受診日時等、あらためてご連絡します。

天理市商工会 天理市川原城町361 FAX62-1946 (TEL62-1945)

平成26年度 集団健康診断申込書

* 今回初めて申し込まれる事業所は丸印をお願いします。⇒ () 初受診

事業所名 (所在地) 電話 F A X	
------------------------------	--

A. 一般受診の方

申込人数 (6/16-17)	男性()名・女性()名、計()名 * 内、胃レントゲン希望者(6/17午前のみ)(男 名・女 名)
健康診断 個人票 (必要枚数)	*受診2回目以降の事業所の方へ 新個人票()枚・4年目追加票()枚・いない *新しい個人票の必要枚数をご確認ください。
希望日時 午前中は大変混み合います。ご注意ください。	例) 16日午前1人と17日午後2人、午後1人 など いつでもよい()人

B. 協会けんぽの補助を利用する方(35才~74才)

申込人数 (6/18)	男性()名・女性()名、計()名
申込コース	()4,600円 ()7,100円 ()に○印をつけて下さい。事業所で統一して下さい。

* 協会けんぽから送られてきた「生活習慣病予防健診申込書」が必要です。
詳しくは裏面をご確認ください。

FAX 62-1946

～協会けんぽを利用した受診方法（社会保険に加入の35才～74才の方が対象）～

①生活習慣病予防健診申込書(協会けんぽから3月末頃送られて来ています)に、下記内容を記入する。 *付加検診等は受診できません。
 ・保険者番号/記号(保険証に記載) ・事業所名、受診者氏名 ・健診機関名→ (医)恵生会 コード 2714105794 ・健診を受ける日 → 6/18

②申込書を協会けんぽへ郵送する。
 〒630-8535 奈良市大宮町7-1-33 奈良センタービル4F 全国健康保険協会 奈良支部御中
 (協会けんぽ)

③申込書コピーを商工会事務局へFAXする。

サンプル

全国健康保険協会 被保険者(ご本人用) 生活習慣病予防健診申込書 平成 年 月 日 全国健康保険協会 支部 行 ○年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。		(事業所所在地) 〒 - - (事業所名称) 担当者名 _____ 電話番号 () _____ FAX番号 () _____	左記と連絡先が別の場合(支店・営業所)は記入してください。 所在地 〒 - - 支店名 (営業所名) 担当者名 _____ 電話番号 () _____ FAX番号 () _____								
健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号										
受付番号 (記入不要)	健康保険証の 番 号	フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください	一般健診と併せて受診する 場合は○で囲んでください			健診を受ける日	健診機関名 (健診機関コード)	備 考
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 26年6月18日	恵生会 2714105794	
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 年 月 日		
			男・女	昭・平 年 月 日	一般健診 子宮頸がん検診 (単独)	付加 健診	乳がん 検診	子宮頸がん 検診	平成 年 月 日		

※「健診を受ける日」は、受診したい健診機関とあらかじめ日程調整してから記入していただく欄です。
 <記入上の注意>
 (1) 健診の受診年度において35歳・38歳になられる被保険者の方が、一般健診と併せて子宮頸がん検診を希望される場合は、「一般健診」と「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
 また、健診の受診年度において20歳から38歳までの偶数年齢になられる被保険者の方が、子宮頸がん検診のみを希望される場合は、「子宮頸がん検診(単独)」を○で囲んでください。
 (2) 健診の受診年度において40歳から74歳までの偶数年齢になられる方のうち、一般健診と併せて乳がん検診、子宮頸がん検診を希望される場合は「一般健診」と「乳がん検診」、「子宮頸がん検診」をそれぞれ○で囲んでください。
 (3) 一般健診を受診される方のうち、健診の受診年度において40歳、50歳になられる方が、付加健診を希望される場合は、「一般健診」と「付加健診」をそれぞれ○で囲んでください。
 (4) 健診機関名は、健診を受ける健診機関名を記入してください。なお、健診機関コード(10桁)は健診実施機関にお尋ねになるか、チラシ等の健診実施機関一覧表などを参照し記入してください。
 (5) 検診車による健診受診を希望される事業所にあつては、事業所単位で記入してください。
 (注) 今年度において75歳になられる方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。
 (注) この健診結果は、受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導(特定保健指導を含む)、健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されないことがない方法で統計・調査研究を実施するとき限り使われます。

巡回検診車の
希望の有無 有・無

受付印