申込者→健保

年　　月　　日

日本トランスシティ健康保険組合理事長　殿
（TEL：059-327-5380　FAX：059-327-5381）

健診結果が日本トランスシティ健康保険組合に報告されることを承知したうえで、
下記のとおり申込みいたします。

提出先
〒510-0011
三重県四日市市霞2丁目12番地
日本ﾄﾗﾝｽｼﾃｨ健康保険組合

被保険者氏名
（社員本人）　　㊞

健保→受診機関

個人負担額は窓口にてお支払いください

みたき健診クリニック
健診受付担当者　様

被扶養者 健診利用申込書

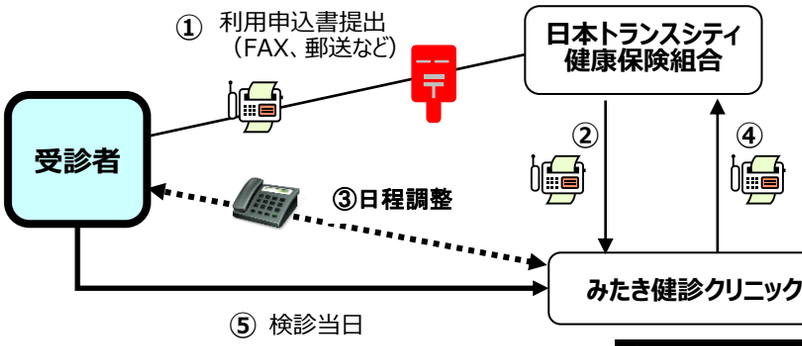
日本トランスシティ健康保険組合
担当：

受診者	被保険者証 記号番号	記号　　番号 －	グループ社員共済会 どちらかに○	加入 ・ 非加入
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏　名			
	生年月日	昭和　　年　　月　　日	年齢	歳
	住　所	〒　　－		
	連 絡 先	（自宅又は携帯）　　－　　－		

※連絡先は、連絡がとりやすい番号をご記入ください。

※自己都合で、変更・キャンセルされた場合は、健康保険組合へもご連絡ください。

受診施設名	**みたき健診クリニック**　(ご担当者名)			
受診希望コース ※ご希望のコースに✓して下さい。	☐ 特定健診コース(負担なし) ☐ 生活習慣病健診コース（負担なし ◆但し、被保険者（社員）がグループ ※ 社員共済会に非加入の場合は、個人負担 1万円が給与天引きになります			
オプション （個人負担） ※ご希望の検診に✓して下さい。 **※女性検診は、火･土除く**	☐ 乳がん検診（35～39歳以下：3,500円、40歳以上：7,500円） ☐ 子宮がん検診（4,000円） ☐ 前立腺腫瘍マーカー(個人負担なし)　（男性）　**※全額健保負担** ☐ 胃カメラ(バリウム検査からの変更)　**※個人負担4,000円** ☐ 腫瘍マーカー（4,900円）　**※全額個人負担**			個人負担 ※但し、１万円を 超えた部分は健保負担
受診希望日	第1希望日	／	第２希望日	／



【申込手順】
① 利用申込書を健保へ提出
② 本人確認後、ｸﾘﾆｯｸへＦＡＸ
③ 受診者とｸﾘﾆｯｸで日程調整
④ 最終結果を健保へＦＡＸ
⑤ 検診当日、代金添えて受付

健診クリニック→健保組合（FAX：059-327-5381）

受診日時	担当者	備考
／　　：		

2022.5改