

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)

印

健保→受診機関

健診受付担当者 様

みたき健診クリニック以外  
受診窓口での支払いはありません

### 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	(ご担当者名)
受診希望コース <small>※ご希望のコースに✓して下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 特定健診コース(負担なし) <input type="checkbox"/> 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 <small>※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</small>
オプション <small>※ご希望の検診に✓して下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 } ※個人負担 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 } <small>ただし、合算金額が 1万円を超えた部分は健保が負担</small> <input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー (男性) ※全額健保負担 <input type="checkbox"/> 胃カメラ(バリウム検査からの変更) ※差額がある場合は、全額個人負担 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA・AFP・CA19-9) ※全額個人負担
受診日(確定)	年 月 日 ( ) 時

#### 受診機関のご担当者様へ

- ※ 恐れ入りますが、受診日程をご確認いただき、下段に確認印を押印の上、当健保組合あてにFAX送信願います。
- ※ 受診者の窓口負担はありません。費用全額を当健保組合あてにご請求ください。  
請求内訳は、「特定健診分」「特定健診項目以外」「オプション検査」に分けて明記をお願いします。

<b>請求書</b>	
¥	*****円 (総額)
内訳	特定健診分 円
	" 以外 円

受診機関→健保組合 FAX:059-327-5381		
	担当者	備考
確認印		

## みたき健診クリニック以外の医療機関利用

被扶養者の皆さまへ

日本トランスシティ健康保険組合

### 受診手続きのご案内

1. ご本人が希望する健診機関(契約医療機関一覧表参照)に直接連絡し、受診日時  
の予約をしてください。  
その際、後日、当健保組合より利用申込書がFAXにて届く旨を健診機関の受付  
担当者に伝えてください。
  
2. 予約した受診機関名、予約した日時など必要事項を漏れなく利用申込書に記入して  
記名・捺印のうえ、当健保組合あて送付してください。(FAX可)  
なお、受診施設名の欄に、予約した際の先方の受付担当者名もご記入願います。  
◇◆裏面の健診利用申込書を使用してください。◆◇
  
2. 健保組合の担当者が利用申込書の予約内容を確認後検印して、改めて受診機関  
へFAXし、受診受付完了の再確認をおこないます。
  
4. **自己都合で変更、キャンセルした場合は健保組合へも連絡をお願いします。**  
なお、係る費用負担の区分、費用の支払い方法については、別表の通り  
になりますので、お間違いないように十分にご確認下さい。  
◆受診の際、窓口でのお支払いは一切ありません。後日、健保組合よりご本人負担  
額を請求させていただきます。

健診種別	費用負担区分	費用支払い方法	受診 窓口 での 支払 は あ り ま せ ん	
特定健診	全額 健保負担	—		
生活習慣病健診	全額 健保負担 但し、被保険者がグループ共済会 に非加入の場合のみ、自己負担 10,000円			
オプション検診	乳がん検診 子宮がん検診	全額 自己負担 但し、合計額が1万円を超えた 場合、超過額は健保負担		
	腫瘍マーカー	全額 自己負担 (◆金額は医療機関により異なりますので、 ご確認ください)		◆被保険者(社員)の給与天引きといたします。
	胃カメラ (バリウムから変更)	全額 自己負担 (◆金額は医療機関により異なりますので、 ご確認ください)		
前立腺マーカー	全額 健保負担	—		