

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

Ⓜ

健保→受診機関

自己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

日本トランスシティ健康保険組合

担当 :

20

任意継続被保険者  
 (任意継続) 被扶養者

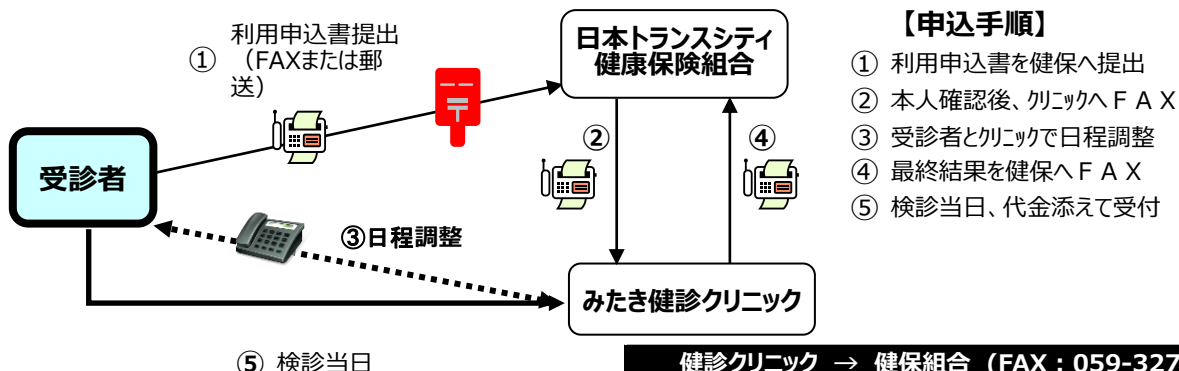
健診利用申込書

受診者	被保険者証 記号番号	記号	番号				
	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	<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				
※ご希望のコースに✓をしてください。	}		任意継続被保険者 (7,000円) (任意継続) 被扶養者 (10,000円)		
オプション	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 (35~39歳以下 : 3,500円、40歳以上 : 7,500円) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (4,000円) <input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー(個人負担なし) (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) ※個人負担4,000円 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (4,900円) ※全額個人負担				
※ご希望の検診に✓してください。 ※女性検診は、平日 月~金	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
/ :		

## みたき健診クリニック利用

任意継続被保健者  
(任意継続)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

- ご本人が利用申込書に受診希望コース、受診希望日など必要事項を記入し、健保組合へ送付してください(FAX可)。  
◆◆裏面の健診利用申込書を使用してください。◆◆
- 健保組合の担当者が利用申込書の記入内容を確認して、改めてみたき健診クリニックへFAXし、受診申込み依頼をおこないます。
- 受け取ったみたき健診クリニックの受付担当者がご本人宛てに、受診日時の打合せの連絡を差し上げます。
- 双方で調整の結果、ご都合の良い日時で予約が確定し次第、みたき健診クリニックから受診日時(確定)が記された利用申込書が健保組合に返送されます。
- 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、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ください。  
◆受診の際、窓口では、自己負担の金額のみ、お支払いください。

健診種別	費用負担区分	費用支払い方法	
特定健診	全額 健保負担	—	
生活習慣病健診	【任継被保険者】 7,000円のみ自己負担 【(任継)被扶養者】 1万円のみ自己負担	受診の際、自己負担額を窓口で支払い	
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	受診の際、自己負担額のみ窓口で支払い (窓口での支払いは最大1万円)
	腫瘍マーカー	全額 自己負担4,900円(税別)	受診の際、自己負担額を窓口で支払い
	胃カメラ (バリウムから変更)	全額 自己負担4,000円(税別)	受診の際、自己負担額を窓口で支払い
	前立腺マーカー	全額 健保負担	—