

様式①-3

本件下記により医療機関に申し込みの届出がありましたので報告します。

| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当者 | 備考 |
|------|-----|----|----|-----|----|
| | | | | | |

東振協 生活習慣病健診（Bコース）予約連絡届（被扶養者用）

東振協の健診機関専用の届出用紙です。

被扶養者（家族）が直接当健康保険組合へ申込みができる専用用紙です。

被保険者（本人）は「様式①-2」をご使用ください。

事業所での巡回健診の場合は、「様式①-1」をご使用ください。

★35歳以上（誕生日が平成3年3月31日以前の方が対象となります）

西日本パッケージング健康保険組合

下記のとおり生活習慣病健診（Bコース）の予約をしましたので届出します。併せて、今回の健診結果を貴組合が実施する保健指導などの保健事業に利用することにも同意します。

申込日： 年 月 日

| | | | |
|-------------------|-----|-----------------|---|
| 事業所名称 | | | |
| 事業所・営業所 工場の所在地 | 〒 - | TEL | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者等 記号一一番号 | - |

| | | | | |
|----------------------|------------------|------------------------|-------------|--------------------------------------|
| 家 族 專 用 | フリガナ | | 男 ・ 女 | 昭和・平成 年 月 (日 生 歳) |
| | 受診者名 | | | |
| | 受診者住所 | 〒 - | TEL | |
| | 予約健診機関名 | TEL | | |
| | 健診日 | 年 月 日 | | |
| 子宮がん・乳がん 検診（全額補助） | 子宮がん ・ 乳がん | (申込みされる場合は「○」で囲んでください) | | |

注1:補助金について

- ① 35歳以上の被扶養者（家族）に対し、年度内に1回補助します。
- ② 同一年度内に他の健診を受診した（する）場合、補助はできません。

受付印

注2:(一部)負担金について

- ① 健診機関の窓口で、当日、一部負担金「3,000円」をお支払ください。
- ② 子宮がん検診（頸部細胞診）、乳がん検診（エコーまたはマンモ（+視触診））は、全額補助です。
- ③ その他のオプション検査も、当日窓口でお支払いください。

注3:東振協の契約健診機関について

当健康保険組合のホームページ (<http://packagingkenpo.jp/>) でご確認ください。
当健康保険組合（電話：06-6941-4635）



* この届出書のためにご提供いただいた個人情報及び健診結果は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。