FAX：078（393）8130

「ハートフル健診」予約申込用紙

★下記①～⑧へ必要事項をご記入ください。　　申込日　　年　　月　　日

①ご主人（被保険者）の会社名			
②保険証　記号 ・ 番号	保険者番号(8 桁)　　記号　　番号		配偶者 ・ 家族
受診券整理番号（11 桁）		有効期限	平成　　年　　月　　日
③ふりがな お名前漢字	（　　）【 男 ・ 女 】	生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日生
④ご自宅住所 **※備品・結果送付先となります。**	〒　　- 都・道　　市・郡 府・県　　区		
⑤日中ご連絡先　TEL（　　）　　－ 8：30～16：30 の間で連絡のとれる番号をご記入ください。			
⑥ご希望日 **※お申込日より3週間以降のご希望日をご記入ください。** **予約状況によりご予約できない場合はご連絡いたします。**	**第一希望日** **年　月　日（　）** **午前 ・ 午後**	**第二希望日** **年　月　日（　）** **午前 ・ 午後**	

⑦胃部Ｘ線検査の受診を希望されますか。

はい　　いいえ　※受診希望の無い場合は、ヘリコバクターピロリIgG抗体・ペプシノーゲン（血液検査）を追加いたします。

※受診希望の無い場合は、火～金曜日の午後からの受診も可能です。（受付時間 13：00～14：00）

⑧婦人科検査　有・無　ご希望の検査にはレ印をご記入ください。

・乳房検査（※乳房視触診検査含む）【 □乳房超音波 5,400 円 **□乳房X線（1 方向）**5,400 円 **□乳房X線（2 方向）**6,480 円**】**

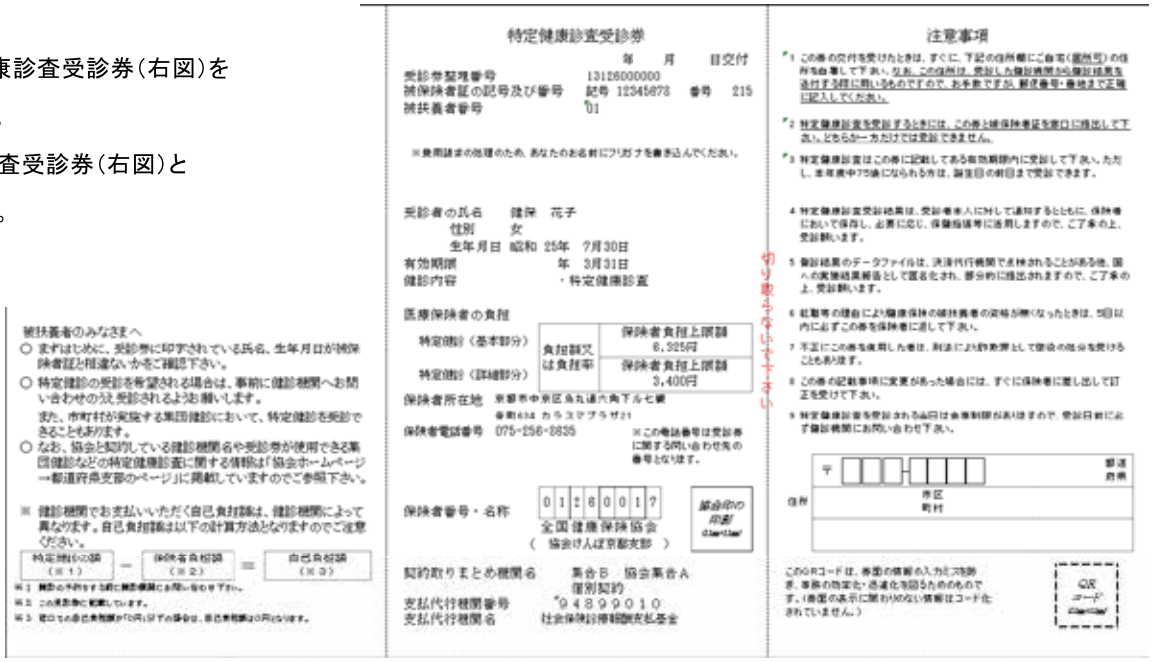
（39 歳まで受診推奨）　（50 歳以上受診推奨）　（40 歳代受診推奨）

・子宮検査　□子宮視触診・頸部細胞診検査 5,940円

★注意事項

・お申込みの際、特定健康診査受診券（右図）を合せてFAXしてください。

・受診当日に特定健康診査受診券（右図）と保険証をお持ちください。



被扶養者のみなさまへ
○ まずはじめに、受診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをご確認下さい。
○ 特定健診の受診を希望される場合は、事前に健診機関へお問い合わせの上、受診されるようお願いします。
また、市町村が実施する集団健診において、特定健診を受診できることもあります。
○ なお、協会と契約している健診機関名や受診券が使用できる集団健診などの特定健康診査に関する情報は「協会ホームページ→都道府県支部のページ」に掲載していますのでご参照下さい。

※ 健診機関でお支払いいただく自己負担額は、健診機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。

特定健診の額（※1） － 保険者負担額（※2） ＝ 自己負担額（※3）

※1 健診の予約をする前に健診機関にお問い合わせ下さい。
※2 この金額内に収まります。
※3 被扶養者の自己負担額が0円（ゼロ円）の場合は、自己負担額は0円になります。

特定健康診査受診券

年　月　日交付

受診券整理番号　13126000000
被保険者証の記号及び番号　記号 12345678　番号 215
被扶養者番号　01

※費用請求の処理のため、あなたのお名前にフリガナを書き込んでください。

受診者の氏名　健保　花子
性別　女
生年月日　昭和 25年 7月30日
有効期限　年 3月31日
健診内容　・特定健康診査

医療保険者の負担

	負担額又は負担率	
特定健診（基本部分）	保険者負担上限額	6,925円
特定健診（詳細部分）	保険者負担上限額	3,400円

保険者所在地　京都市中京区烏丸通六角下ル七観音
保険者電話番号　075-256-8835
※この電話番号は受診券に関する問い合わせ先の番号となります。

保険者番号・名称　01180017　全国健康保険協会（協会けんぽ京都支部）

契約取りまとめ機関名　集合B　協会集合A　個別契約
支払代行機関番号　94899010
支払代行機関名　社会保険診療報酬支払基金

切り取らないでください

注意事項

1 この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅（居所可）の住所を必ず書いて下さい。なお、この住所は、受診した健診機関から健診結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入してください。

2 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口に提出して下さい。どちらか一方だけでは受診できません。

3 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診して下さい。ただし、年度末で75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。

4 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

5 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。

6 就職等の理由により健康保険の被扶養者の資格が無くなったときは、5日以内にお渡しこの券を保険者に返して下さい。

7 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。

8 この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に届け出て訂正を受けて下さい。

9 特定健康診査を受診される当日は会場制限がありますので、受診日前にお受健診機関にお問い合わせ下さい。

〒　　都道府県
住所　市区町村

このQRコードは、券面の情報の入力ミス防止、事務の効率化・迅速化を図るためのものです。（券面の表示に関わりのない情報はコード化されていません）

QR コード

FAX：078（393）8130

一般財団法人京都工場保健会　神戸健診クリニック