

《受診者は太枠内を記入し、医療機関の窓口にご提出ください》

平成 30 年度用

トヨタ販売連合健康保険組合 乳がん・子宮がん検査受診申込書【20～34 歳用】

下記の〔健診結果の取扱について〕を承諾のうえ、申込みいたします。

資格確認	下に該当する場合☑してください。該当しない場合は平成 30 年度の補助は受けられません。 <input type="checkbox"/> 当組合に平成 30 年 4 月 1 日時点で加入している <input type="checkbox"/> 平成 30 年 4 月 1 日時点から受診日まで継続して加入している				
保険証記号番号	記号	番号	事業所名		
受診者氏名	フリガナ		続柄	1. 本人（被保険者） 2. 配偶者 3. 上記以外（ ）	
生年月日・年齢	S H 年 月 日（平成 31 年 3 月 31 日現在 歳）				
住所・電話番号	TEL - -				
受診医療機関名					
受診日	平成 年 月 日				
受診項目 受診する項目に ○をしてください <small>※乳がん検査は、エコー又はマンモ どちらか希望する項目に○を付けて ください。補助はどちらか1つです。 医療機関によって実施していない 検査もあります。</small>	1. 乳 が ん	エコー（超音波）※		個人負担額	健保負担額
		マンモグラフィ（X線）※		0 円（税込）	
	2. 子宮がん検査			個人負担金	健保負担額
				0 円（税込）	

〔健診結果の取扱について〕健診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、必要に応じて健康指導等に活用するため、また、健診機関に対し費用を支払う際に組合が指定した検査が実施されているかを確認するため、当組合は健診結果を入手いたします。入手した健診結果は個人情報として取り扱いいたします。

※個人情報についてはホームページに掲載しております「個人情報の取扱について」をご参照ください。

医 記 療 入 機 関 欄	本書による申込者の検査を平成 年 月 日に実施しました。 平成 年 月 日 医療機関名 印
---------------------------------	---

【受診者へのお願い】

- 補助対象者：20～34 歳の女性被保険者・被扶養者（年齢起算日は平成 31 年 3 月 31 日現在）  
（35 歳以上の方は人間ドック・すこやか健診・共同定期健診のオプション検査として乳がん・子宮がん検査を行うため、対象外）  
※平成 30 年 4 月 1 日時点から受診日まで継続して当組合に加入している方が補助対象となります。
- 補助は年度内にお一人様一回までです。  
・乳がん検査と子宮がん検査の別々の申請は受付ませんので、両方の補助を受けたいときは一緒に受診してください。  
・同年度内に人間ドック指定医療機関以外で受診し、補助金が支給されている場合は補助対象外です。
- 人間ドック指定医療機関へ予約のうえ、検査当日、本申込書を医療機関の窓口へ提出してください。
- 個人負担金はありません。

【医療機関へのお願い】

- 本申込書は、請求時に必ず添付してご請求ください。
- 検査は契約に基づく内容、料金で実施してください。
- 上記「医療機関記入欄」に、実施日を記入し、実施したことを証明する署名・捺印をお願いいたします。
- 契約書に基づき、健保負担額を当組合へご請求ください。

【問い合わせ】

〒461-0001 愛知県名古屋市中区泉 1 丁目 23 番 36 号 トヨタ販売連合健康保険組合 TEL : 052(952)2672 FAX : 052(961)3921