**令和元年度巡回健診申込書**

　東京金属事業健康保険組合が実施する健診について、以下のとおり申込みます。

◆以下の項目についてご記入ください。なお、□ には ✔をしてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所記号 |  | 管轄(本・支部) | | □ 本部 13-278 □ 多摩支部 13-280 | |
| 事業所名 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **健診を希望する**  本支社・営業所名 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | 担当者名 | |  |
| **※書類等は上記所在地に送付します。送付先・連絡先等が異なる場合は下記に記入してください。** | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | 担当者名 | |  |

**受診者が委託医療機関へ出向いて実施する施設健診については、直接受診希望の医療機関に**

**予約（お電話）してください。なお、この用紙の提出は、不要です。**

* 本申込書を初めて提出する時は、事業主健診委託書（様式第1号）の提出を併せてお願いします。

なお、施設健診を希望する場合についても事業主健診委託書（様式第1号）を提出してください。

1. 「令和元年度事業主健診委託書」（様式第１号）の提出について記入してください。 　□ 本申込書に添付して提出　　　　□既に提出済み（春季婦人生活習慣病健診申込時）

**②**　ご希望の医療機関コード、医療機関名をご記入ください。

**巡回健診（原則として地域ごとに担当医療機関を設定しています。裏面の一覧表をご確認ください。**）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

・医療機関コード ※**複数の医療機関は記入しないでください。**

・医療機関名

**③**　健診申込み人数

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診名 | 被保険者 | | | 組合員以外(パート等) | | | 合計 |
| 男 | 女 | 小計 | 男 | 女 | 小計 |
| 一般健診（A1・簡易） |  |  | 名 |  |  | 名 | 名 |
| 一般健診（A2・法定） |  |  | 名 |  |  | 名 | 名 |
| 生活習慣病健診 |  |  | 名 |  |  | 名 | 名 |

**④**健診実施時期、オプション検査等の希望がありましたらご記入ください。

**⑤**訪問場所の住所および略図を記入してください。

住所

　　・診察、心電図、血圧測定ができる場所 　 □ あり □ なし

　　・駐車場所（大型バスを止められる場所） 　□ あり □ なし

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 略図記入欄　（地図の貼付でも可） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　健診車（大型バス）の駐車場所がない場合、希望する場所での健診が実施できないことがあります。また、道路使用許可申請（警察署）をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください（地域によっては、道路使用が許可されない場合がありますので事前に確認をお願いします）。

**⑥**昨年度（平成30年度）中、当組合が実施する健診を利用しましたか。

実施月　　：　 平成 年 月

□ 利用した ⇒ 医療機関コード：

医療機関名　　：

実施場所　　：**⑤**の場所　・　その他

□ 利用していない

*※裏面の留意事項を必ずお読みください。*

受付印

（組合使用欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部　長 | 課　長 | 課長補佐 | 担　当 |
|  |  |  |  |

≪留意事項≫　～必ずご確認のうえ、お申し込みください～

**○**　記入漏れの無いよう、**組合分と医療機関分の２部を作成のうえ（コピー可）**、健康管理部あてに提出してください。

**○**　事業所で複数お申し込み（本社・支社・営業所単位）の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

**○**　**巡回健診**は、申込み人数や経路、希望日程等の関係により担当医療機関が巡回困難と判断した場合、実施できないことがあります。その際は、他の委託医療機関による**巡回健診**、または**施設健診**をご利用いただくこととなる場合もありますので、あらかじめご了承ください。

**○**　**施設健診**は、申込み人数に関係なく実施します。受診希望の医療機関に直接ご予約ください（この申込書を提出する必要はありません）。

**○**　春・秋季婦人生活習慣病健診、秋・冬季会場別健診、千代田健診センターでの健診を希望する場合は、この申込書を提出する必要はありません。

**○**　健診対象者と健診料金について

・　一般健診（A1簡易コース）の対象者は39歳以下の被保険者（対象年齢は、健診を受診する人の年度末の年齢とします）、事業主健診受託料は2,900円（消費税込）です。

・ 一般健診（A2法定コース）の対象者は39歳以下の被保険者（対象年齢は、健診を受診

する人の年度末の年齢とします）、事業主健診受託料は6,800円（消費税込）です。

・　生活習慣病健診の対象者は被保険者（年齢制限なし）、事業主健診受託料は6,800円（消費税込）です。

・　事業主健診の検査項目で未受診項目があった場合は、所定の金額（事業主健診委託書を参照）を減額して請求します。

事業主健診受託料は健診終了後、一定期間でとりまとめのうえ（年４回程度）、組合から事業主様へ一括して請求します。

**◎巡回健診担当医療機関一覧**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | コード | 医療機関名 | 巡回健診担当地域 | 電話番号 |
| 1 | 04001 | 医療法人社団 進興会  せんだい総合健診クリニック | 宮城県 | 022-221-0066 |
| 2 | 13002 | 多摩健康管理センター | 東京都 　（多摩地区全域） | 042-529-1811 |
| 3 | 13004 | 医療法人社団 生光会  新宿追分クリニック板橋分院 | 東京都 　（千代田区・台東区・中央区・墨田区・  　　荒川区）  埼玉県 | 03-3973-0625 |
| 4 | 13022 | 一般社団法人 衛生文化協会  城西病院 | 東京都 　（杉並区・世田谷区・目黒区）  青森県・岩手県・秋田県・山形県・  福島県・山梨県・長野県・静岡県  で受診者が40名以上の事業所 | 03-3390-1402 |
| 5 | 13031 | 医療法人社団　あさひ会  西早稲田クリニック | 茨城県 | 03-3232-6465 |
| 6 | 13238 | 医療法人社団　優人会  東西線メディカルクリニック | 栃木県・群馬県 | 03-3643-0077 |
| 7 | 13023 | 一般財団法人 船員保険会  品川シーズンテラス健診クリニック | 東京都 　（港区・品川区） | 03-3452-3381 |
| 8 | 13076 | 御苑前クリニック予防医学研究所 | 東京都 　（新宿区・渋谷区・中野区） | 03-3357-2276 |
| 9 | 13200 | オリエンタルクリニック | 東京都 　（足立区・葛飾区・江戸川区・江東区・  　　練馬区・板橋区・豊島区・文京区・ 　 北区・大田区）  千葉県 | 03-3988-1292 |
| 10 | 14002 | 一般財団法人  神奈川県労働衛生福祉協会  （大和健診事業部） | 神奈川県 | 0462-62-8155 |
| 11 | 15001 | 一般社団法人  新潟県労働衛生医学協会（新潟ｳｪﾙﾈｽ） | 新潟県 | 025-370-1960 |
| 12 | 23003 | 一般社団法人  オリエンタル労働衛生協会 | 愛知県・岐阜県・三重県 | 052-732-2200 |
| 13 | 23002 | 一般財団法人 大阪府結核予防会  大阪総合健診センター | 大阪府 | 06-6202-6667 |
| 14 | 40003 | 公益財団法人 福岡労働衛生研究所 | 福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県・  大分県・宮崎県・鹿児島県 | 092-526-1033 |

※諸事情により、上記以外の医療機関が巡回健診を実施する場合があります。