**令和５年度　巡回健診申込書**

（案の２）（）

**※ご記入の前に必ず裏面の「留意事項」をお読みください。**

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。

①事業所名・健診を希望する場所等を記入してください。（□ 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 |  |
|  |  |
| **健診を希望する場所（本支社・営業所等）** |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当者名 |  |
| **書類等の送付先または連絡先（上記健診場所と同じであれば記入は不要）** |
| 送付先 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当者名 |  |

②「令和５年度事業主健診委託書」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

③ご希望の医療機関コード、医療機関名をご記入ください。

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

・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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（Ｂ） |  |  | 名 |  |  | 名 | 名 |

④健診申込人数

⑤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。

⑥訪問場所の住所及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、地域によっては「道路使用許可申請」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。

 ⑦昨年度（令和４年度）中、当組合が実施する健診を利用しましたか。

実施月　　：　　　　年　　　月

□ 利用した ⇒　　医療機関コード：

医療機関名　　：

 実施場所　　：⑥の場所・その他

□ 利用していない

受付印

|  |
| --- |
| 確　認 |
|  |

（組合使用欄）

**《留意事項》**

**・巡回健診**（健診車が事業所や工場等へ訪問し実施する健診）又は **集合健診** ⁽\*⁾を利用される場合に提出してください。

⁽\*⁾担当医療機関が公的施設等を使用して実施する健診

**・施設健診**（受診者が委託医療機関へ出向いて実施する健診）を利用される場合は、

提出の必要はありません。

**・**①事業所で複数（本社・支社・営業所単位）の申し込みをされる場合は、**健診を希望**

**する場所ごとに書類を作成**してください。

**・**③原則として地域ごとに担当医療機関を設定しています。

担当地域の詳細は、「巡回健診担当医療機関一覧」をご参照ください。

**お申し込み人数や経路、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、集合健診や施設健診、又は別の医療機関による巡回健診をご利用いただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診種別 | 対象年齢（年度末年齢） | 健診料金（税込） |
| ３９歳以下 | ４０歳以上 |
| 一般健診（Ａ１・簡易） | ● | ― | **２，９００円** |
| 一般健診（Ａ２・法定） | ● | ― | **６，９００円** |
| 生活習慣病健診（Ｂ） | ● | ● | **６，９００円** |

**・**④健診対象者と健診料金について

**・**⑤集合健診を利用される場合は「集合健診」とご記入ください。

**※組合分と医療機関分の２部を作成（コピー可）して下さい。**

**◎巡回健診担当医療機関一覧**

