

《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》

2021 年度用

トヨタ販売連合健康保険組合

人間ドック・すこやか健診受診申込書（被扶養者・任意継続）

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。

| | | | | |
|---------|--|----|----|-------------------|
| 補助資格確認 | 下記に該当する場合のみ☑してください。該当しない項目がある場合、2021年度の補助は受けられません。 <input type="checkbox"/> 扶養認定（資格取得）日が2021年4月2日以降ではない ※任意継続（記号990）の方は除く <input type="checkbox"/> 2021年4月1日時点から受診日まで継続して加入している <input type="checkbox"/> 2021年度内に健保組合の健診費用補助を受けていない | | | |
| 保険証記号番号 | 記号 | 番号 | | |
| 受診者氏名 | フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日・年齢 | 西暦 | 年 | 月 | 日（2022年3月31日現在 歳） |
| 住所・電話番号 | TEL | | | |
| 対象者区分 | 被扶養者・任意継続 | | | |
| 受診医療機関名 | | | | |

「受診項目欄」に○を付けてください（【 】内はいずれかに○を付けてください）

| 受診日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 受診項目欄 | 個人負担額 | 健保使用欄 |
|-------------------|-----------|------------------|---|------------|-------|--------|---------|-------|
| 受診項目 | 基本検査 | 1. 人間ドック | | <50歳以上> | | | 20,000円 | |
| | | | | <50歳未満> | | | 26,000円 | |
| | 2. すこやか健診 | | | | | 8,000円 | | |
| | オプション検査 | 3. 乳がん検査 | | 【エコーorマンモ】 | | | 0円 | |
| | | 4. 子宮がん検査 | | | | | 0円 | |
| | | 5. 前立腺がん検査（PSA） | | ※55歳以上無料 | | | 200円 | |
| | | 6. 腹部超音波 | | ※すこやか健診のみ | | | 4,200円 | |
| | | 7. C型肝炎検査（HCV抗体） | | | | | 1,400円 | |
| | | 8. 脳ドック | | 【オプション・単体】 | | | (7割)円 | |
| 9. 肺がん精密検査 | | 【オプション・単体】 | | | (7割)円 | | | |
| その他：健保契約外オプション[] | | | | | | | (全額)円 | |
| 個人負担額合計（税込） | | | | | | | 円 | |

〔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お取り扱いいたします。健診結果は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ください。
 ※個人情報についてはホームページに掲載している「個人情報の取扱について」をご参照ください。

【医療機関へのお願い】

- 本申込書は、請求書に必ず添付してご請求ください。
- 必ず契約書に基づき、健保負担額を当組合へご請求ください。

【トヨタ販売連合健康保険組合の健診費用補助制度】

- <対象者> 35歳以上の被保険者・被扶養者・任意継続被保険者（年齢起算日は2022年3月31日現在）
- ・補助は年度内に人間ドック、すこやか健診、共同定期健診、地域巡回健診、特定健診のうちいずれか1回までです。
 - ・2021年4月1日時点から継続して当組合に加入している（空白日なし）方が補助対象となります。
 - ・当組合の指定する基本検査項目はすべて実施してください。（治療中・妊娠中などの方を除く）

<自己負担額> 任意継続被保険者（保険証記号「990」）は被扶養者と同様

- 人間ドック（被保険者）50歳以上50%、50歳未満65%、（被扶養者・任継）50歳以上20,000円、50歳未満26,000円
- すこやか健診 被保険者35%、被扶養者・任継8,000円 ●腹部超音波 被保険者70%、被扶養者・任継4,200円
- 乳・子宮がん検査 無料 ●前立腺がん検査 被保険者10%、被扶養者・任継200円（ともに55歳以上無料）
- C型肝炎検査1,400円 ●脳ドック70% ●肺がん精密検査70%

ただし、各検査料金が上記自己負担（定額）料金より少ない場合は検査料金と同額となります。

【問い合わせ先】 〒461-0001 愛知県名古屋市中区東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