

# 被扶養者の方の受診方法



◎院内婦人生活習慣病健診・㊦特定健診

## 申込手順

- ①下記「健診申込書」に記入して健保組合へ送付してください。  
※受診場所は、健診機関一覧（ホームページ）からお選びください。  
(FAX の場合はこのページごと送信してください。また、電話にて送信状況の確認をしてください。)
- ②当健保組合より一部負担金等振込用紙を送付しますので、振り込みをお願いします。  
※㊦特定健診は受診券も同封します。
- ③振り込み後、健診機関に電話し家具健保の組合員である旨を伝え、家具健保直接契約健診機関をご希望の場合は被扶養者の生活習慣病健診または特定健診を、東振協契約健診機関をご希望の場合は東振協のBコース（40歳未満）、B1コース（40歳以上）、Eコースのいずれかご希望のコースを予約してください。
- ④健診機関より「受診券・検査容器等」が送付されます。
- ⑤受診当日、健診機関の窓口で必ず「保険証」を提示のうえ受診してください。  
※㊦特定健診は家具健保から送付される受診券も提出してください。
- ⑥健診機関より結果が送付されます。

## 申込書の送付先

〒113-8511 東京都文京区湯島 3-24-5  
東京都家具健康保険組合 健康管理課  
FAX 03-3837-0651 TEL 03-3833-6163

## 申込締切日

令和3年11月30日(火)  
組合必着

## ❖注意事項

- 各コースの検査内容については健診機関へお問い合わせください。
- ◎院内婦人生活習慣病健診の胃内視鏡およびオプション検査を受診する際は、必ず健診と同日に同じ健診機関で受診してください。
- 契約健診機関以外で受診した場合、健診費用に上限額を設けておりますのでご注意ください（健診費用の全額を補助できない場合がございます）。

## 被扶養者健診申込書

保険証	記号	番号		
受診者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	年度末年齢 歳
	性別	男 ・ 女		
	住所	〒	都・道 府・県	市・区 町・村
	日中の連絡先	( )		
	健診コース (いずれか1つに○)	◎院内婦人生活習慣病健診		㊦特定健診
	受診場所	健診機関コード		健診機関名
		契約健診機関以外で受診の場合はその理由 (例：近隣に契約健診機関がないため)		
	検査オプション	胃の検査 ※院内婦人生活習慣病健診ご希望の場合のみ 選択してください (いずれか1つに○)	胃X線検査	胃内視鏡検査
乳がん検査(注) ※院内婦人生活習慣病健診ご希望の場合のみ 選択してください (いずれか1つに○)		希望する	希望しない	
子宮頸がん検査 ※院内婦人生活習慣病健診ご希望の場合のみ 選択してください (いずれか1つに○)		自己採取法	医師採取法	

申込締切日：令和3年11月30日(火)迄

- (注) 乳がん検査は、35歳以上40歳未満がエコー検査、40歳以上はマンモグラフィ検査となります。  
※オプション検査に○がない場合は、「希望なし」の申し込みとなります。  
※一部負担金等入金後、未受診の場合、還付受付は令和4年3月10日(木)必着です。期日を過ぎると還付できない場合がありますのでご了承ください。