年　　月　　日

健保組合決裁欄			
事務長	総務課長	課長補佐	担当者

※被保険者の方で、当年度の年齢（4月～翌年3月）が、次に該当する方は○印を付けてください。年度内に受診できる方は、『日帰りドックのみ』全額(税込)健保が負担します。

年度年齢	40歳	45歳	50歳	55歳	60歳	65歳

人間ドック利用申込書

東京地下鉄健康保険組合　御中

所属

所属電話番号

被保険者等記号・番号　　・

被保険者名

フリガナ		性別	生年月日	年齢	続柄
受診者名		男・女	昭・平　・　・		
住所	〒　　－　　TEL				
医療機関名					
受診予定日	（西暦）　　年　　月　　日（　）				
ドック種類（どちらかに○印）	1　日帰りドック		2　一泊ドック		

オプション（料金の詳細は裏面「◎自己負担額」参照）	
	下記のｵﾌﾟｼｮﾝ項目について、受診する場合は○印を付けてください。（ウ～カは女性のみ） ※オプションのみの受診はできません。
	ア．脳検査 イ．Ｃ型肝炎検査 ウ．婦人科検診（乳癌：視触診） エ．婦人科検診（乳癌：超音波（エコー）） オ．婦人科検診（乳癌：ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）※30歳以上の希望者 カ．婦人科検診（子宮がん検診） 乳癌検診は超音波・マンモグラフィーか**どちらか一方のみ**

（注）1　受診希望の方は、「契約医療機関一覧」に記載されている医療機関へ直接電話で予約し、予約後すぐに、「人間ドック利用申込書」を東京地下鉄健康保険組合に提出してください。**(※)**

※東京メトロ社員は電子申請。グループ会社・任意継続者はＦＡＸ送信か直接提出。

※提出がない場合は全額自己負担となります。

2　希望するオプション項目は、病院へドック予約の際に必ず予約をしてください。当日予約はできません。

3　**この申込書をもって、健診結果が健康保険組合に送付されることを承認したものとみなします。健診結果は、医療機関からの請求内容との照合以外の目的には一切使用いたしません。**

4　その他ご不明な点は東京地下鉄健康保険組合までお問い合わせください。

電　話　０３－３８３７－７０５７　　鉄道　９８３６２、９８３６３
ＦＡＸ　０３－３８３７－７２３９　　鉄道　５０３４

（2024.12版）