

2019/H31トランスコスモス健診申込書

■基本情報

※健診予約の受付期間は「H31年4月1日からH31年9月30日」

資格取得入日: 年 月 日

健保記号: _____

健保番号: _____

(フリガナ)
受診者氏名: _____

生年月日: 年 月 日

Tel: _____

〒 _____
自宅住所: _____

健診希望日時: 平成 年 月 日 () 時 分

■基本健診

	健診内容(税込料金)	適用区分	実施期間
<input type="checkbox"/>	一般健診 ¥10,260(8%)/¥10,450(10%)	H30年12月1日現在健保加入者 (H30年12月2日以降の加入は実施対象外)	H31/4/8~H31/11/30
<input type="checkbox"/>	生活習慣病健診 ¥37,260(8%)/¥37,950(10%)	H30年4月1日現在健保加入者 受診当日35歳以上の方 (H31年4月1日現在、健保加入1年以上) (H30年4月2日以降の加入は実施対象外)	

※全ての健診コースが11月30日まで受診

□胃管内視鏡検査への変更

<input type="checkbox"/>	胃管内視鏡検査 ¥5,400(8%)/¥5,500(10%) (個人負担)
<input type="checkbox"/>	静脈麻酔 ¥5,400(8%)/¥5,500(10%) (個人負担) ※当日の追加は出来ませんので、必ず予約時にお申し出下さい。
<input type="checkbox"/>	胃管内視鏡検査歴(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 当院・ <input type="checkbox"/> 他院)
<input type="checkbox"/>	検査歴有の場合、いつ頃(年 月頃)
<input type="checkbox"/>	現在服用中のお薬名(

※生検(病理組織検査)個人負担 保険適用 ¥3,960~

※“抗血栓薬(血液をサラサラにする薬)”を内服している場合は生検(病理組織検査)を行いません。

※静脈麻酔を使用した場合、検査後、約2時間安静にいただく必要がございます。

また、検査当日、車の運転、アルコール摂取は禁止となります。

■オプション検査

婦人科検査

<input type="checkbox"/>	マンモグラフィー ¥5,400(8%)/¥5,500(10%)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">★35歳以上推奨</div> 健診当日 30歳以上の方 対象:一般健診・生活習慣病 H30年4月1日現在健保加入の方	H31/4/8~H31/11/30
<input type="checkbox"/>	乳腺エコー ¥5,400(8%)/¥5,500(10%)		
<input type="checkbox"/>	子宮頸部細胞診 ¥4,320(8%)/¥4,400(10%)		
<input type="checkbox"/>	子宮エコー ¥5,400(8%)/¥5,500(10%)		

※健保負担10,000まで、超過額は個人負担

がん対策健診

<input type="checkbox"/>	胸部CT ¥17,280(8%)/¥17,600(10%)	健診当日 50歳以上の方 対象:生活習慣病 H30年4月1日現在健保加入の方	H31/4/8~H31/11/30
<input type="checkbox"/>	喀痰検査 ¥3,240(8%)/¥3,300(10%)		
<input type="checkbox"/>	男性(PSA・CA19-9) ¥4,320(8%)/¥4,400(10%)		
<input type="checkbox"/>	女性(CA125・CA19-9) ¥4,320(8%)/¥4,400(10%)		
<input type="checkbox"/>	骨密度 ¥2,160(8%)/¥2,200(10%)		

※健保負担10,000まで、超過額は個人負担

■注意事項

・予約申込みの際

必ず健康保険加入年月日及び生年月日をご確認下さい。

申込み期限は平成31年9月30日まで。平成31年10月1日以降の申込みは不可

・家族(被扶養者)／任意継続者(記号800)の注意点

トランスコスモス健康保険組合を通じてのお申込みとなるので、健保へ連絡する様に伝えてください。

・内視鏡検査の生検(組織検査)についての説明

内視鏡検査の際に、医師の判断により生検(病理組織検査)が必要となった場合、別途費用(保険適用で3,960円~)がかかりますのでご了承下さい。