

【申込する方へ】この申込書は個人情報を含みます。送信前に再度FAX番号の確認をお願いいたします。

千葉トヨタ健康保険組合 御中

FAX 043-244-5871

TEL 043-302-7585

令和 8 年度 大腸疾患検査 申込書

◆◆ 受診を希望する健診機関 ◆◆

● 健診結果の利用目的 ●

健診機関から千葉トヨタ健康組合へ送られる健診結果については、当組合にて契約している保健師がチェックし、保健指導・健康相談に利用します。

健診結果の利用目的に同意のうえ、大腸疾患検査を申し込みます。

健保受付印

会社名
部署名・拠点名

健保受付印

フリガナ				
名 前				
記号一番号	—			
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
生年月日	昭和	年	月	日
令和9年3月31日時点で	歳	<対象：年度末年齢 40歳以上>		
連絡先TEL				

フリガナ				
名 前				
記号一番号	—			
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
生年月日	昭和	年	月	日
令和9年3月31日時点で	歳	<対象：年度末年齢 40歳以上>		
連絡先TEL				

申込書を健保へFAX

病院への予約申込は受診者本人で
(検査料金、オプション等の確認をお願いします)

【注意事項】受診者の方へ。よくお読み下さい。

- ① この申込書は、受診者の資格確認と、契約病院との確認に利用します。
- ② 受診対象者と健保組合負担額（被保険者・被扶養者共通）

受診日に当組合の加入者で、令和8年3月31日(年度末)時点で	日帰りドック	脳ドック	大腸疾患検査
・45歳以上の方（昭和57年3月31日以前生）	◎	隔年受診	◎
・40歳の方（昭和61年4月1日～昭和62年3月31日生）	◎	◎	◎
・40歳以上の方（昭和62年3月31日以前生）	◎		◎
・35歳の方（平成3年4月1日～平成4年3月31日生）	◎		
・30歳の方（平成8年4月1日～平成9年3月31日生）	◎		
健保組合にて負担する額(補助額)	31,000円	31,500円	折半負担
<※注1>脳ドックと大腸疾患検査は、病院によっては設定があっても契約外の場合は 全額自己負担となりますので、よくご確認の上申し込みください。		<※注1>	<※注1>

- ③ 脳ドック・大腸疾患検査を日帰り人間ドックと併用で受けたいときは、「日帰り人間ドック申込書」を別に作成し「脳ドック申込書」または「大腸疾患検査申込書」と一緒に当組合までFAX送信してください。
- ④ 上記の対象年齢以外の方も、全額自己負担すれば受診できます。
- ⑤ 受診当日は被保険者証を持参してください。ほかに健診機関から指示がありましたら従ってください。
- ⑥ 受診期間は **令和9年2月末日** までです。