

平成30年度 被扶養者健診（施設）のご案内

（B・B1コース）

◎申込締切は… 平成30年12月28日（金）必着

平成30年4月から平成31年1月に家具健保直接契約健診機関、または東振協契約健診機関で受診する事が出来る健診です。

この健診は、**35歳以上**となる被扶養者の女性を対象に実施しますので、対象のみなさまには、ぜひ年に1度受診いただき、ご自身の健康管理にお役立てください。

対象者

平成31年3月31日までに35歳以上となる被扶養者の女性
（S18.4.1～S59.3.31生まれの方）

自分で日時を決める
タイプの健診です



実施期間

平成30年4月から平成31年1月
（注）ご自身で健診機関へ予約が必要です。

一部負担金

一部負担金：3,000円
オプション検査を追加した場合：3,500円

実施場所

全国約770の契約健診機関：家具健保ホームページ「契約健診機関一覧」から選択してください。※「契約健診機関一覧」は3月末に発送済みの「家具健保健診事業のご案内」（緑色冊子）にも掲載してあります。

申込方法

裏面の申込書に必要事項を記入し、組合宛にFAXまたは申込書を郵送してください
（FAXの場合は電話にて受信結果の確認をしてください FAX：03-3837-0651 TEL：03-3833-6163）

↓
一部負担金振込用紙が届きます

↓
一部負担金振込後、ご自身で健診機関へ予約してください

↓
ご予約した健診機関より問診票・検査容器等が届きます

↓
保険証・問診票・検査容器等を持って受診してください

↓
検査結果が健診機関より届きます

健診当日までに資格を喪失された場合または、年度内に重複（2回以上）受診された場合は、健診料金を全額ご負担いただきますのでご注意事項です。

連絡先：〒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 TEL03(3833)6163



B・B1コースとは、東振協契約健診機関で実施している生活習慣病健診の略称です。

詳細につきましては裏面をご覧ください。

実施要項

対象者

平成31年3月31日までに35歳以上となる被扶養者の女性
(S18.4.1～S59.3.31生まれの方)

※健診日当日時点で被扶養者の資格がない方は受診できません。

実施期間

平成30年4月から平成31年1月 (注) ご自身で健診機関へ予約

申込締切日

平成30年12月28日(金) 組合必着

実施医療機関

全国約770の契約健診機関：家具健保ホームページ「契約健診機関一覧」から選択してください。※「契約健診機関一覧」は3月末に発送済みの「家具健保健診事業のご案内」(緑色冊子)にも掲載してあります。

※原則、当組合直接契約健診機関または東振協委託契約健診機関での受診をお願いいたします。

一部負担金

一部負担金：3,000円

オプション検査を追加した場合：3,500円

※契約健診機関以外で受診する場合は、振込書をお送りしません。

※オプション検査は2種類ありますが、2種類追加した場合も、どちらか1種類追加した場合も3,500円。

申込方法

「被扶養者健診(施設)申込書」を記入して組合へ送付してください
(FAXの場合は電話にて受信結果の確認をしてください)

↓
一部負担金振込用紙が届きます

↓
一部負担金振込後、ご自身で健診機関へ予約してください

↓
ご予約した健診機関より問診票・検査容器等が届きます

↓
保険証・問診票・検査容器等を持って受診してください

↓
検査結果が健診機関より届きます

オプション検査について

乳がん検査 40歳未満 超音波(エコー)検査
40歳以上 マンモグラフィ検査

子宮頸がん検査 「自己採取法」または「医師採取法」
どちらかを選択していただきます。

※対象となる検査が実施可能な健診機関を選択して下さい。

注意事項

- 保険証は必ず持参してください。
- 申込後にオプション検査の変更を希望する場合は、事前に当組合までご連絡ください。
- 契約健診機関以外で受診した場合は、受診日より1カ月以内に、組合所定の「健(検)診料支給申請書」に健(検)診結果(写し)および領収書(原本)を添付のうえ、当健康保険組合までご提出ください。

検査項目

| 検査項目 | 検査内容 |
|-------------------------------|---------------------|
| ① 問診 | 医師がご相談を受けます |
| ② 身体計測 | 肥満度がわかります |
| ③ 血圧測定 | 高血圧・低血圧の発見 |
| ④ 胸部X線 | 呼吸器系の異常の有無 |
| ⑤ 検尿 | 糖尿病、腎疾患の発見 |
| ⑥ 視力 | 近視・遠視がわかります |
| ⑦ 胃部X線 | 胃・十二指腸疾患の発見 |
| ⑧ 便潜血反応 | 大腸疾患の発見 |
| ⑨ 心電図 | 心臓機能の異常の発見 |
| ⑩ 血液検査 | 糖尿病、貧血、腎・肝・心臓疾患等の発見 |
| ⑪ 乳房検査 (マンモグラフィまたは超音波) | 乳房疾患の発見 |
| ⑫ 子宮検査(頸部) (自己採取法または医師採取法) | 子宮疾患の発見 |

被扶養者健診(施設)申込書

| | | | |
|---|---------------------------|------------|------------|
| 保険証 | 記号 | 番号 | 番号 |
| フリガナ | | | 年度末年齢 |
| 氏名 | | | 歳 |
| 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 日生 |
| 住所 | 〒 | 都・道 府・県 | 市・区 郡・町 |
| 日中の連絡先 | () | | |
| 健診コース | 生活習慣病健診(B・B1コース) | | |
| 受診場所 | 医療機関 コード | 会場名 | |
| 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) | | | |
| オプション検査 | 乳がん検査(注) (いずれか一つに○) | 希望する | 希望しない |
| | 子宮がん検査 (希望の場合いずれか一つに○) | 自己採取法 | 医師採取法 |

(注) 乳がん検査は、35歳以上40歳未満が超音波(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、「希望なし」での申込となります。

(送付先)

FAX: 03-3837-0651 TEL: 03-3833-6163

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