

# 協会けんぽ(全国健康保険協会)

被保険者(本人)・被扶養者(ご家族)の皆様へ

※ 法人会特別料金よりさらに割安に受診ができます。

| 対象年齢 | 被保険者(本人) | 被扶養者(ご家族) |
|------|----------|-----------|
|      |          | 35才～74才の方 |

年度内(4月から翌年3月末)お一人様1回限りの利用となります。

被扶養者(ご家族)の方は受診券が必要となります。

当日ご持参ください。

・オプション検査は補助の対象外です。

・胸部&胃部レントゲン検査は、省略できません。

| 検査コース                                | 会員特別料金          | 協会けんぽ補助・受診券を利用した料金 |                |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------|----------------|
|                                      |                 | 本人                 | 被扶養者<br>※受診券必要 |
| A: 法人会お勧めコース(男性)<br>基本コース+オプション:①②③④ | 27,300円<br>(税込) | ⇒ 20,200円          | (税込)           |
| B: 法人会お勧めコース(女性)<br>基本コース+オプション:①②③⑤ | 27,800円<br>(税込) | ⇒ 20,700円          | (税込)           |
| C: 法人会基本コース                          | 16,500円<br>(税込) | ⇒ 9,400円           | (税込)           |

※法人会基本コース→協会けんぽ生活習慣病項目に眼底検査・血液検査9項目を追加しております。  
参考:協会けんぽ生活習慣病予防検査(自己負担¥7,000)

詳細については、下記フリーダイヤルまでお問い合わせ下さい。

申込書の書き方は裏面を参照して下さい。

申請から許可まで2～3週間かかります。

**フリーダイヤル 0120-294-373** (祝祭日を除く、月～金曜日 9:00～17:00)



一般財団法人 **全日本労働福祉協会 東海支部**

〒457-0044 名古屋市南区柵下町2-4 ☎ 0120-294-373 FAX052-822-0900



# 申込書の書き方

一般財団法人 全日本労働福祉協会  
法人会担当 行

← FAXでお申込みください FAX 052-822-0900

名古屋南法人会  
123456

|                  |                       |      |                    |
|------------------|-----------------------|------|--------------------|
| 生活習慣病予防健診<br>申込書 | 1 新規申込                | 事業所名 | TEL ( ) -          |
|                  | 2 会社名、住所等変更           |      | FAX ( ) -          |
|                  | 3 変更なし<br>(住所はご記入下さい) | 住所 〒 | 携帯電話(日中連絡の取れる電話番号) |

\*オプションのみの申込みは出来ません  
ご希望のコースに○をお願いします。

| 協会けんぽ補助希望者<br>保険番号 区分 | 受診者氏名                  | 性別 | 生年月日   | Aコース Bコース Cコース |             |     | オプション検査 (ご希望に○をご記入ください) |     |     |   |     |   |     | 受診希望日 |   | 備考 |            |
|-----------------------|------------------------|----|--|----------------|-------------|-----|-------------------------|-----|-----|---|-----|---|-----|-------|---|----|------------|
|                       |                        |    |  | お勤め<br>(男性)    | お勤め<br>(女性) | 基本  | ★                       | ★   | ★   | ★ | ★   | ★ | ★   | ★     | ★ |    | 胃なし        |
| 21 本人<br>家族           | フリガナ...キョウカイ太郎<br>協会太郎 | 男  | S・H<br>61.10.22                                      | (A)            | B           | C   | D                       | E   | F   | G | (H) | I | (J) | なし    | / | /  |            |
| 21 本人<br>家族           | フリガナ...キョウカイ花子<br>協会花子 | 女  | S・H<br>35.10.20                                      | A              | B           | (C) | (D)                     | (E) | (F) | G | H   | I | J   | なし    | / | /  | 胃カメラ<br>予定 |
| 本人<br>家族              | フリガナ...キョウカイ幸子<br>協会幸子 | 女  | S・H<br>56.10.21                                      | A              | (B)         | C   | D                       | E   | F   | G | H   | I | J   | なし    | / | /  |            |
| 本人<br>家族              | フリガナ.....              | 男  | S・H  | A              | B           | C   | D                       | E   | F   | G | H   | I | J   | なし    | / | /  |            |
| 本人<br>家族              | フリガナ.....              | 女  | S・H  | A              | B           | C   | D                       | E   | F   | G | H   | I | J   | なし    | / | /  |            |
| 合計                    |                        | 名  | ◎6名以上申込みされる場合はお手数ですがコピーの上ご記入下さい ◎★印はAコース、Bコースにふくまれます |                |             |     |                         |     |     |   |     |   |     |       |   |    |            |

- ◎保険記号 (保険証氏名上の7ケタ、又は8ケタの番号です) ◎協会けんぽ補助を利用される方は別紙と裏面をご確認下さい
- ◎受診券ご利用頂く方のみご記入下さい ◎胃部レントゲンを受診されない方は胃ナシの欄に○を付けて下さい
- (協会けんぽ補助ご利用の方は原則として胃部レントゲン検査は省略出来ません)
- ◎書類送付先について (上記と送付先が異なる場合のみ下記ご記入下さい)

21700023

受診券整理番号  
14101000001 氏名 協会花子

宛名 \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

◎裏面もご確認下さい

## 特定健康診査受診券

2014年 ●月 ●日交付

受診券整理番号 14101000001  
被保険者証の記号及び番号 21700023 21  
被扶養者番号 02

※費用請求の処理のため、あなたのお名前にフリガナを書き込んでください。

受診者の氏名 協会 花子  
性別 女  
生年月日 昭和●●年●●月●●日  
有効期限 2015年 3月31日  
健診内容 ・特定健康診査

|          |             |          |                    |
|----------|-------------|----------|--------------------|
| 医療保険者の負担 | 特定健診 (基本部分) | 負担額又は負担率 | 保険者負担上限額<br>5,400円 |
|          | 特定健診 (詳細部分) |          | 保険者負担上限額<br>3,400円 |

保険者所在地 協会支部の所在地を印字

保険者電話番号 協会支部の電話番号を印字 ※この電話番号は受診券に関する問い合わせ先の番号となります。

保険者番号・名称  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
全国健康保険協会 (協会けんぽ●●支部)



契約取りまとめ機関名 集合B 協会集合A

支払代行機関番号 94899010  
支払代行機関名 社会保険診療報酬支払基金

本人と書いてありますか?

健康保険被保険者証 本人 (被保険者) 00163  
平成23年 4月 6日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 太郎  
生年月日 昭和 61年 10月 22日 性別 男  
資格取得年月日 平成 20年 10月 10日

事業所所在地 港区〇〇1-2-3  
事業所名称 〇〇 株式会社

保険者番号 010100111  
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部  
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

家族と書いてありますか?

健康保険被保険者証 家族 (被扶養者) 01541  
平成23年 4月 6日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子  
生年月日 昭和 35年 10月 20日 性別 女  
認定年月日 平成 22年 4月 1日  
被保険者氏名 協会 太郎

事業所所在地 港区〇〇1-2-3  
事業所名称 〇〇 株式会社

保険者番号 010100111  
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部  
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇