

ご家族(被扶養者)のみなさまへ

特定健診を受けましょう!

40～74歳の市町村職員共済組合の家族(被扶養者)の保険証をお持ちの方は、「**特定健康診査**」を受診することができます。

本年度まだ受診していない方はこの機会をご利用ください。

検査項目・料金

	検査項目	料金(税込)
特定健診	身長・体重・BMI・腹囲 問診・診察・血圧	7,020円
	尿糖・尿タンパク	
	γ-GTP・AST(GOT)・ALT(GPT)・中性脂肪 HDL-C・LDL-C・血糖・HbA1c	

・市町村職員共済組合にご加入の方の場合

特定健康診査受診券		交付																		
受診券整理番号																				
受診者の氏名	性別	生年月日																		
有効期限	20XX年3月31日																			
健診内容	特定健康診査																			
窓口での自己負担	<table border="1"> <tr> <td>特定健診(基本部分)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td>受診者負担なし</td> </tr> <tr> <td>特定健診(詳細部分)</td> <td>は負担率</td> <td>受診者負担なし</td> </tr> <tr> <td>その他(追加項目)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他(人間ドック)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険者負担</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>担上履額</td> <td></td> </tr> </table>	特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担なし	特定健診(詳細部分)	は負担率	受診者負担なし	その他(追加項目)	負担額又は負担率		その他(人間ドック)	負担額又は負担率			保険者負担			担上履額		
特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担なし																		
特定健診(詳細部分)	は負担率	受診者負担なし																		
その他(追加項目)	負担額又は負担率																			
その他(人間ドック)	負担額又は負担率																			
	保険者負担																			
	担上履額																			
保険者所在地	山梨県甲府市蓬沢1丁目15番35号																			
保険者番号・名称	山梨県市町村職員共済組合	印影																		
保険者電話番号	055-232-7311																			
契約とりまとめ機関名	集合団(埼玉、千葉、東京、神奈川、山梨、長野、静岡のみ)																			
支払代行機関名・番号	社会保険診療報酬支払基金(94899010)																			

通常7,020円

↓ 受診券をお持ちいただくと
《無料》で受診できます。

※受診券ははがきサイズです。

各種がん検診

	検査項目	料金(税込)
がん検診	胃部X線検査	4,150円
	腹部超音波検査(上腹部)	3,330円
	大腸がん検査(便潜血反応2日法)	1,860円
	胸部X線検査	1,080円
	乳腺超音波検査	2,260円

日程・会場

受付時間 9:00～11:00

実施地区	日程	会場
甲府市	平成28年12月18日(日)	厚生連健康管理センター (甲府市飯田)
	平成29年1月22日(日)	
	平成29年2月19日(日)	
北杜市	平成28年12月8日(木)	明野総合会館 (北杜市明野町)
	平成29年2月3日(金)	須玉ふれあい館 (北杜市須玉町)
韮崎市	平成29年2月7日(火)	東京エレクトロン韮崎文化ホール (韮崎市藤井町)
南アルプス市	平成29年2月16日(木)	若草健康センター (南アルプス市鏡中条)
都留市	平成29年3月6日(月)	都の杜うぐいすホール (都留市上谷)

☆お申し込み・お問い合わせについては裏面をご確認ください。

お申し込みについて

受診をご希望の方は、下記記入例のとおりお申し込み記入欄にご記入の上、郵送又はFAXでお申し込みください。

お申し込み
お問い合わせは
コチラ



kind-hearted
つなげる、
やさしさ。

山梨県厚生連健康管理センター

〒400-0035 山梨県甲府市飯田1-1-26

TEL:0120-28-5592 FAX:055-228-9122

電話受付時間 平日8:30～12:00/13:00～17:00

※ご不明な点がある方はお電話で「社保健診」とお問い合わせください。

【お申し込み記入欄】

氏名・フリガナ		性別	生年月日		年度末年齢	受診希望日
		女	昭平			
住所				電話番号		
〒						
特定健診	胃部X線	腹部超音波	大腸がん	胸部X線	乳腺超音波	

【記入例】

氏名・フリガナ		性別	生年月日		年度末年齢	受診希望日
コウセイレン ハナコ 厚生連 花子		女	昭平	36年10月6日	55	2月21日
住所				電話番号		
〒 400-0000 甲府市飯田〇〇				055-〇〇〇-〇〇〇〇		
特定健診	胃部X線	腹部超音波	大腸がん	胸部X線	乳腺超音波	
○		○	○	○		