

令和 8 年度 秋季

健診実施期間（令和 8 年 11 月 16 日 ～ 令和 8 年 12 月 21 日まで）

会場別男子成人病巡回健診のご案内

東京貨物運送健康保険組合

当組合では東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）と提携して、男子成人病巡回健診を実施いたしますので、事業主及び健康管理者並びに受診者の方々のご協力をお願いいたします。同封の申込書に希望者を取りまとめのうえ、健保組合健康管理課迄 F A X 等で、お申し込みくださいますようお願い申し上げます。

申込締切日 令和 8 年 9 月 25 日

（締切後の申込みは受付出来ませんのでご了承ください。）

F A X 0 3 - 3 3 5 5 - 3 0 1 8

※健診機関の都合により会場や日程等が変更される場合もございます。

事業所に受診通知が届きましたら必ずご確認をお願い致します。

ご不明な点は健康管理課までお問合せください。

〒160-0004 東京都新宿区四谷 1-23

東京貨物運送健康保険組合 健康管理課

TEL 03-3359-8162

FAX 03-3355-3018

会場別男子成人病巡回健診

1. 実 施 期 間	令和 8 年 11 月 16 日から令和 8 年 12 月 21 日まで
2. 場 所	別紙健診会場一覧表のとおり
3. 受 診 資 格	<u>年度内に 35 歳以上</u> の男子被保険者及び男子被扶養者で年度内 1 回に限り ます。（年度内に 35 歳になる方は受診日に 34 歳でも受診可能） 年度内とは、本年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日までの期間をいい、1 回の受 診とは、人間ドック、生活習慣予防健診、会場別男子成人病巡回健診、定期 健康診断、特定健診など全ての健診が含まれます。 <u>年度内 2 度目の受診は、健診料金の全額が自己負担になりますのでご注意く ださい。（後日実費を請求させていただきます）</u>
4. 健 診 項 目	イ. 問診 ロ. 身体計測 ハ. 血圧測定 ニ. 検尿 ホ. 視力 ヘ. 胸部 X 線 ト. 心電図 チ. 胃部 X 線 リ. 血液検査 又. 聴力検査 ル. 便潜血
5. 申 込 方 法	「会場別男子成人病巡回健診申込書」に必要事項をもれなくご記入のう え、健保組合健康管理課へ F A X 等で申込をお願いいたします。 （申込は事業所ごとにお申し込みください。任意継続者は除く） 申込締切日 令和 8 年 9 月 25 日 ※ 締切日以後の申し込みは受付出来ません。また、申込状況によっては希望日 を変更いただく場合がありますのであらかじめご了承ください。
6. 健 診 費 用 （一部負担金）	3,000 円（1 名につき）
7. 支 払 方 法	それぞれ受診した健診機関より各事業所宛に請求書が送付されます。 （受診後の請求） 各健診医療機関宛にお支払いください。
8. そ の 他 及 び 注 意 事 項	＊ キャンセル及び受診日変更は、受診確定日の前日までに必ず当組合にご連絡 ください。 ＊ <u>受診日に、退職・扶養削除等により資格の無い方は受診できません。</u> <u>（資格喪失後の健診受診については、後日実費を請求させていただきますの でご注意ください。）</u> ＊ 同封の申込書を使用せず、Excel 等でリストを作成し申込される場合 必ず同封の申込書と同じ表題や記載事項また項目で作成してください。 申込内容の項目が不足していると再度作成をお願いする場合がございます。