

【申請書送付先】（業務委託先機関：株式会社バリュー・HR）

郵送先：〒036-8186 青森県弘前市大字富田三丁目9-4
株式会社バリュー・HR 弘前カスタマーサポートセンター宛て
FAX：0172-31-3088

送信枚数 1枚目 / 計1枚

※健診予約システムから
予約申請できない方は
こちらの用紙をご利用ください

神奈川県市町村職員共済組合 単独オプション検査予約申請書

健診機関へ予約後、お申込者お一人様につき一枚本申請書へ必要事項をご記入の上、上記【申請書送付先】へ FAX または郵送してください。ご提出がない場合、共済組合補助が受けられない場合がございますので、必ずご提出ください。

間違いのないようにハッキリと丁寧に、楷書でご記入ください。

◆組合員情報

組合員名	フリガナ		マイナ保険証・組合員証（健康保険証）・資格確認書等			
	氏名		記 号 ・ 番 号			
			記号		番号	

◆健診予約情報 ※健診機関へ予約した内容をご記入ください。

健診機関名						
受診日	年 月 日			申込日	年 月 日	
受診者名	フリガナ		性別	男 ・ 女	続柄	本人・被扶養者
	氏名		生年月日	西暦	年 月 日	

予約内容 オプション検査

- ☐ 子宮がん検査（子宮頸部細胞診）
☐ 乳がん検査（マンモグラフィ）
☐ 乳がん検査（乳房超音波）
☐ 脳検査（脳 MRI＋脳 MRA＋頸動脈エコーまたは脳 CT＋頸動脈エコー）

※共済組合補助額は以下の通りです。

子宮がん検査(子宮頸部細胞診※医師採取)：契約金額の6割、
 乳がん検査(マンモグラフィ又は乳房超音波)：契約金額の6割
 乳がん検査(マンモグラフィ・乳房超音波)の両方を受診する場合は、高い方が共済組合補助、安い方は自己負担となります。
 脳検査(脳 MRI＋脳 MRA＋頸動脈エコーまたは脳 CT＋頸動脈エコー)：契約金額の6割(上限20,000円)

◆連絡先/書類・健診キット受取先

健診キット受取先住所※	〒 - 都道府県		
受診承認書の受取方法 ※いずれか一つを選択 記載がない場合は交付しません。	☐ メールアドレス		
	☐ FAX	- -	
連絡先	☐ 自宅 ☐ 会社 ☐ 携帯		※健診機関より連絡が入る場合がございます。日中連絡のとれる番号をご記入ください。 - -

【問い合わせ先】株式会社バリュー・HR カスタマーサービス（平日 9：30-17：00）

TEL：0570-001-859 E-mail：kensin-kanagawa-kyosai@apap.jp

【個人情報について】

ご記入された個人情報は、個人情報保護法のもと神奈川県市町村職員共済組合の保健事業および健康支援事業の目的に使用されます。この情報は神奈川県市町村職員共済組合および業務委託会社である株式会社バリュー・HRに提供されます。ご同意の上、お申込みください。

【健診結果について】

健診結果は、疾病予防対策として、神奈川県市町村職員共済組合および業務委託会社である株式会社バリュー・HRに適正に共有されます。ご同意の上、お申込みください。