

2026年度ナイスシルバー健診申込書 兼 利用券

(東京ガス健康保険組合)

※この用紙(原本)は、**予約した健診機関**に**提出**してください

※同一年度内(4月～翌年3月)では、ほかの健診との重複受診はできません

フリガナ				男	生年月日 () 歳
受診者氏名				女	(西暦) 年 月 日
住 所	〒 □□□-□□□□				
	メールアドレス				
日中の連絡先 (必須)	TEL				
被 保 険 者 との 続 柄	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族		記号	番号	
			501	501	
予約健診日	(西暦) 年 月 日			保険者番号	
				63130298	
健診機関名					
健保補助金 (上限)	男性：30,000円 検査項目すべてを受診することが補助金支給の条件です 女性：30,000円 ひとつでも受診しない(例：胃の検査)場合、全額自己負担となります				
オプション 検査					
有 効 期 限	2027年3月31日 年度の途中で東京ガス健保組合の資格を喪失する方は、喪失日の前日までです				
そ の 他	★この申込書は予約後すみやかに 健診機関に提出 してください 申込書の送付が無い場合は、健診料金全額が自己負担になります ★受診当日は、マイナ保険証等、記号・番号がわかる書類をご持参ください ★オプション検査、その他詳細については直接健診機関へお問い合わせください				

※健診結果および申込書記載の電話番号・メールアドレス等は、その後の健康管理に役立てるために東京ガス健康保険組合において厳重に保管・管理させていただきます。趣旨をご理解・ご了承のうえお申込みください

健診機関の方へ、以下の健診機関記入欄に記入をお願いいたします

健診機関記入欄	
★健診当日に受診者の情報を必ず確認してください!	
<input type="checkbox"/>	この申込書に記入されている受診者の記号および番号がマイナ保険証等と相違ないことを確認しました
連絡事項	<input type="checkbox"/> 経膈エコー実施有

★請求書提出の際はこの申込書を添付してください

★請求書にこの申込書の添付が無い場合は、健保補助金はお支払いできません