

平成29年7月3日

組合員各位

☆組合員健康推進キャンペーン☆
期間限定・・人間ドック検査料補助サービスのご案内

愛知県弁護士協同組合
文化厚生委員長 黒澤佳代

初夏の候、いかがお過ごしでしょうか。

人間ドック検査料補助サービスは例年ご好評いただいております。昨年は、333名にご利用いただきました。今年も皆様の健康維持に役立てていただきますよう「中日病院健診センター」「愛知健康増進財団」「名古屋脳ドック」「大雄会病院」「名古屋放射線診断財団(東名古屋画像診断クリニック)」における人間ドックの検査料の補助を予定しております。

今年度より申込方法が変更となりましたので、ご注意ください。

健診内容の詳細は、各健診機関にお問い合わせ下さい。

1.受診申込方法

受診を希望する病院（健診機関）に**別紙専用申込書にて直接FAXして下さい。**

2.受診希望日

受診を希望する日をご記入下さい。

各病院（健診機関）にて日程調整していただきます。希望日での受診が難しい場合のみ病院から直接ご連絡が入ります。

3.受診期間

平成29年7月3日から平成29年12月28日までの間に受けて下さい。

4.申込受付期限

平成29年8月31日(木曜日)

(お申込多数の場合、補助金予算額に達しましたら、終了とさせていただきます。)

5.問診票及び受診キット

受診希望日の1週間～2週間前までにご指定住所に病院（健診機関）から直接送付されます。

6.料金のお支払い・補助方法

補助金は、組合から直接、健診機関にお支払い致します。

組合員の皆様には、受診先病院（健診機関）にて、通常料金より補助金額を差し引いた金額での請求となります。特定健診等の公的補助も併用できる場合がありますので、中日病院については、別紙をご覧ください。他の健診機関については、健診機関にお尋ね下さい。

補助できるのは上記期間中1回だけです。

※健診機関に直接FAXをお願い致します。

愛知県弁護士協同組合組合員 人間ドック検査料補助サービス申込書

《受診希望健診機関と受診希望内容に○印をつけてください》

・中日病院健診センター

名古屋市中区丸の内3丁目12番3号

| | | | | | |
|---------------|----------|--------------|--------------|-------|--------------|
| FAX送信先 | | 052-961-2783 | | TEL | 052-961-2496 |
| 料 金 | 通常の組合員料金 | 半日ドック | 35,000円(税込み) | 一泊ドック | 63,000円(税込み) |
| | 組合員補助金 | 半日ドック | 8,000円(税込み) | 一泊ドック | 10,000円(税込み) |
| 受診内容を選択してください | | | 半日ドック | | 一泊ドック |

・(一財)愛知健康増進財団

名古屋市中区清水1-18-4

| | | | | | |
|---------------|----------|--------------|--------------|------|--------------|
| FAX送信先 | | 052-962-3093 | | TEL | 052-951-3919 |
| 料 金 | 通常の組合員料金 | Bコース | 34,560円(税込み) | Aコース | 42,120円(税込み) |
| | 組合員補助金 | Bコース | 8,000円(税込み) | Aコース | 9,000円(税込み) |
| 受診内容を選択してください | | | Aコース | | Bコース |

・(医)名古屋脳神経外科クリニック・名古屋脳ドック

愛知県長久手市下川原10番1

| | | | | | |
|---------------|----------|--------------|--------------|----------|--------------|
| FAX送信先 | | 0561-62-9988 | | TEL | 0561-62-0505 |
| 料 金 | 通常の組合員料金 | 脳ドックAコース | 82,080円(税込み) | 脳ドックBコース | 49,680円(税込み) |
| | 組合員補助金 | 脳ドックAコース | 10,000円(税込み) | 脳ドックBコース | 10,000円(税込み) |
| 受診内容を選択してください | | | Aコース | | Bコース |

・(医)名古屋放射線診断財団

受診先:東名古屋画像診断クリニック

名古屋市千種区自由が丘3丁目4番26号 (愛知県がんセンター中央病院隣接地)

| | | | | | |
|--------|----------|--------------|---------------|-----|--------------|
| FAX送信先 | | 052-764-1725 | | TEL | 0120-73-1714 |
| 料 金 | 通常の組合員料金 | がん総合健診 | 248,400円(税込み) | | |
| | 組合員補助金 | がん総合健診 | 30,000円(税込み) | | |

・社会医療法人大雄会

受診先:大雄会第一病院健診センター

一宮市羽衣1-6-12

| | | | | | |
|--------|----------|--------------|--------------|-----|--------------|
| FAX送信先 | | 0586-23-3388 | | TEL | 0586-26-2008 |
| 料 金 | 通常の組合員料金 | がんPET-CT健診 | 97,200円(税込み) | | |
| | 組合員補助金 | がんPET-CT健診 | 10,000円(税込み) | | |

《申込用紙に必要事項をご記入頂き 希望医療機関に直接FAXをお願い致します》

| | | | |
|---------|-------------------|--------|------------------|
| 第1受診希望日 | 平成 29年 月 日 | 組合管理番号 | 00-000 |
| 第2受診希望日 | 平成 29年 月 日 | 所属支部 | |
| 第3受診希望日 | 平成 29年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 組合員名 | フリガナ | | 生年月日 |
| | 愛知 太郎 | | 昭和 ・ 平成 年 月 日 |
| TEL | | FAX | |
| 住 所 | 〈病院からの案内書・結果の送り先〉 | | |
| | 〒 — | | |
| 備 考 | | | |

※オプション等のお申し込みに付きましては、受診機関にお問い合わせください。