

# 医療機関への直接予約について

一般財団法人 日本健康文化振興会

医療機関リストに電話番号が記載されている医療機関は、電話による直接予約が可能です。  
以下3点をお守りいただいた上で、チェックシートの内容を伝えてください。

- 1 お電話の時点から **3週間以上先の日程** で予約をする。
- 2 **日本健康文化振興会** を代行機関とした **アルプス電気健康保険組合** の健診である事を伝える。
- 3 直接予約完了後、**健診案内**に記載の申込方法にて **申込** をする。

| チェックシート           |                                                                                                 |                                                             |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 医療機関から聞かれる事       | 伝えていただきたい事                                                                                      |                                                             |
| ① 代行機関は…          | 日本健康文化振興会                                                                                       |                                                             |
| ② 所属は…            | 【アルプス電気健康保険組合】の<br>【被扶養者 / 任意継続被扶養者 / 任意継続被保険者】                                                 |                                                             |
| ③ 氏名は…            | 受診する方のお名前                                                                                       | ・健康保険証<br>・マイナ保険証<br>・資格確認書<br>・資格情報のお知らせ<br>のいずれかでご確認ください。 |
| ④ 生年月日は…          | 受診する方の生年月日                                                                                      |                                                             |
| ⑤ 健康保険の記号・番号は…    | 受診する方の記号・番号                                                                                     |                                                             |
| ⑥ 受診コースは…         | 日本健康文化振興会の 生活習慣病健診                                                                              |                                                             |
| ⑦ オプション検査は…       | 希望するオプション検査を医療機関へ伝えてください。<br>(検査項目・金額については <b>健診案内</b> でご確認ください。)<br><br>※補助対象外の検査項目は全額自費となります。 |                                                             |
| 決定した受診日時をメモしてください | 月 日 ( ) 時 分<br><br>医療機関の<br>予約受付担当者名                                                            |                                                             |

## 注意

直接予約完了後は、**健診案内**に記載の申込方法にて必ず **申込** をしてください。  
申込を行わずに受診した場合、補助制度が適用されず、検査費用全額をお支払いいただく場合がございます。

予約に関するお問い合わせ

一般財団法人 日本健康文化振興会

T E L 03-3316-0777 対応時間9：00～17：30 (月～金・除祝日)