

受診者 各位

太枠内を全て記入し、健保組合へ提出してください。

- ◆ 対象者 30歳以上の被保険者および被扶養配偶者
- ◆ 補助回数 毎年4月～翌年3月までの年度内に1回

※40歳以上の被扶養配偶者は、「特定健康診査」と「人間ドック」の両方の受診はできませんので、年度内にどちらか一方を選択してご受診ください。

年度内に重複して受診された場合には、人間ドックの受診者負担分に加えて、特定健康診査費用相当額も負担していただきますのでご注意ください。

2枚目以降は自動転写しますので、黄色のセルのみ入力してください。

人間ドックの受診申し込みの際し、個人情報の授受に関して次の取り扱いを了承します。

- ・受診状況の把握などの健康管理業務に使用するため、健保組合と事業主が健診結果データを共有すること
- ・健診機関が健保組合に対し健診結果を送付すること

注)署名(入力)いただけない場合は、補助を受けられません。

受診者の署名

日板 玲子

人間ドック受診申込書

上記事項の了承により、下記の通り人間ドックの予約をしましたので、申し込み手続きをお願いします。

提出日		令和 6 年 12 月 2 日				
受診日(予約日)	令和 7 年 3 月 22 日		被保険者等 記号・番号	10	13597	
受診機関	名 称	医療法人〇〇会 〇〇病院 健康管理センター		注)受診機関名は省略せずに記入してください。		
被保険者	氏 名	日板 裕太		受診者 性 別	女	
受診者	フリガナ	ニチイタ レイコ		受診日の個年齢	生年月日(和暦)	
	氏 名	日板 玲子				55 歳
受診者住所 および電話等	住 所	〒 144-0051 東京都大田区〇〇1-2-3 〇〇マンション105号		Excelでは西暦(入力)で 和暦に変換されます。 例) 1970/2/11		
	電 話	03-1234-5678		FAX	03-1234-5678	
★オプション検査の申し込みがあれば記入してください。						
胃カメラ、腫瘍マーカー、婦人科健診(マンモグラフィ、子宮がん検査)、脳ドック						
健保 記入 欄	請求金額		円	個人負担額		円
	月度給与控除		任意継続等の場合		月 日 請求書送付	

受付日