

受診者 各位

申し込みされる方は**太枠内を記入し、3枚綴りで被保険者が所属する事業所健保担当者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

(**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は受診できませんので、**
どちらか一方を選択して受診してください。年度内(4月～翌年3月まで)に**重複して受診された
場合、特定健康診査費用相当額を負担していただきます**のでご注意ください。

◆ 補助回数：**年度内**(4月～翌年3月まで)に**1回**

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

受診者の署名

日板 真理子

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：平成 26 年 4 月 1 日

受診機関	名称	〇〇病院 健康管理センター		保険証の 記号・番号	10	13579
受診日	平成 26 年 4 月 20 日 ~ 平成 26 年 4 月 20 日			受診コース	日帰りコース	
被保険者	氏名	日板 啓太		受診者 性別	女	
受診者	フリガナ	ニチイタ マリコ		受診日の満年齢	生年月日(和暦)	
	氏名	日板 真理子		42 歳	昭和 47 年 7 月 22 日	
受診者住所 および電話等 (書類送付先)	住所	〒 144-0051 東京都大田区〇〇1-2-3 〇〇マンション105号				
	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)

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

受付日付印