

健保組合(健保連を含む)・事業所指定 医療機関 健診申込書

同年度内どちらか1回に限り(特定健診・生活習慣病予防健診を含む)、補助になります。
ご希望する方に○をお願いします。

1. 人間ドック 短期(半日・日帰り)《30歳以上》					
2. 脳ドック 《40歳以上》					
施設名			オプション希望は下記に○をつけてください。 ※費用上限を超えた分は自己負担となります。		
			胃部	・内視鏡へ変更(一部施設は口からのみ) 有(口・鼻) ・ 無	
受診希望日	第一希望日	令和	年	月	日()
	第二希望日	令和	年	月	日()
	第三希望日	令和	年	月	日()
	第四希望日	令和	年	月	日()
		婦人科	・子宮がん健診 有 ・ 無		
			・乳がん健診 有(エコー・マンモ) ・ 無		
健康保険証の記号番号		記号	番号		その他()
受診者名(フリガナ)		年齢	性別	被保険者	生年月日
		歳	男 女	本人 家族	S・H 年 月 日生
住所(自宅)	〒		TEL		
事業所名及び部署名	(部署)				

ただし、受診費用総額(税込)から、健保補助額20,000円を引いた金額を健診施設へ、別途支払う事に同意します。(令和4年4月1日受診分から)

令和 年 月 日

被保険者氏名

印

個人情報に関して

- 申込書にて提供頂きました個人情報は、ドック申込のため健診施設へ提供します。その他の第三者には提供いたしません。
- 当健保組合の健康の保持・増進のための保健事業施策立案及び保健指導等のため、健診施設から健診結果を取得いたします。

* 健診日より7日以内の健診日変更及び申込解消に対し、キャンセル料の発生する場合がありますのでご注意ください。

健保記入欄

受付日	施設申込日	収入	