

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	△△△△健診センター		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。
受診希望日	第一希望日	令和 4 年 5 月 10 日(火)	胃部 ・内視鏡へ変更(一部施設は口からのみ) 有 (口・ <input checked="" type="radio"/> 鼻) ・ 無
	第二希望日	令和 4 年 5 月 24 日(水)	
	第三希望日	令和 4 年 5 月 20 日(金)	婦人科 ・子宮がん健診 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ・乳がん健診 有 (エコー・ <input checked="" type="radio"/> マンモ) ・ 無
	第四希望日	令和 4 年 5 月 16 日(月)	
健康保険証の記号番号	記号	番号	その他 (<input checked="" type="checkbox"/> 骨密度検査)
受診者名(フリガナ)		年齢	性別
ケンポ ハナコ 健保 花子		46歳	男 <input checked="" type="radio"/> 女
		被保険者	生年月日
		<input checked="" type="radio"/> 本人 家族	<input checked="" type="radio"/> S H50年2月10日生
住所(自宅)	〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出○-○-○		TEL 047-304-xxxx
事業所名及び部署名	(株)リーガル○○ (部署) ○○○部		

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 4 年 4 月 1 日

被保険者氏名

健保 花子



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	