

人間ドック利用申込書

※医療機関の予約が取れましたので人間ドック助成制度実施要領を承認の上申し込みます。
また、健保組合が健診結果(問診内容を含む)を健診機関から受領することに同意します。

健保組合	長	担当者	経業主所側属	長	担当者

・太枠内に、黒のボールペンで濃くはっきりと内容を記入して下さい。

被保険者番号	記号	6148	番号						
被保険者氏名	印 ←捺印を忘れずに!								
利用者住所	〒 -			TEL	(自宅)				
					(勤務先)				
会社名 <small>(出向の場合は出向元)</small>				所属名					

(利用者情報)

利用者氏名		続柄		性別	男	女		
生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳(年度末時点の満年齢)		
医療機関名				ドック機関コード				
				*人間ドック施設一覧表参照				
コース	日帰りコース	宿泊コース	健保補助オプション					
受診日	令和	年	月	日	～	月	日	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 乳がん(エコー) ※乳がんはマンモかエコーどちらか一方のみ選択 <input type="checkbox"/> 子宮がん(子宮頸部細胞診) <input type="checkbox"/> PSA(前立腺)※満50歳以上男性のみ <input type="checkbox"/> CA-125(卵巣) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(胃カメラ)

(2名受診の場合記入欄)

利用者氏名		続柄		性別	男	女		
生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳(年度末時点の満年齢)		
医療機関名				ドック機関コード				
				*人間ドック施設一覧表参照				
コース	日帰りコース	宿泊コース	健保補助オプション					
受診日	令和	年	月	日	～	月	日	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 乳がん(エコー) ※乳がんはマンモかエコーどちらか一方のみ選択 <input type="checkbox"/> 子宮がん(子宮頸部細胞診) <input type="checkbox"/> PSA(前立腺)※満50歳以上男性のみ <input type="checkbox"/> CA-125(卵巣) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(胃カメラ)

- ◆乳がんはマンモかエコーどちらか一方のみの補助です。どちらを受診されるのか医療機関へ確認の上、健保補助オプション欄にチェックを入れて下さい。
- ◆上記記載のオプション以外の基本検査項目に含まれていない検査は、**本人負担**となりますのでご注意ください。
- ◆ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

記入・捺印漏れがないか確認の上、所定の提出先へご提出下さい。

(令和2年4月)