

人間ドック申込書 (その他 個別契約健診機関)

健診機関名	*健診機関別でご記入ください (別紙 個別契約健診機関一覧表の中から選択してください)		
-------	---	--	--

事業所名			受診者負担金 請求書送付先	
所在地	〒		*左記、所在地以外へ請求書の送付を希望される場合のみ、ご記入ください	
電話番号		担当		

1	記号	番号	氏名	生年月日	性別	本人家族	受診日
			フリガナ	昭 年 月 日	男女	本人家族	月 日
	住所			電話番号	実施年度の年齢 (3月末時点)	健保組合補助額(税込)	
	〒				歳	対象年齢	<input type="checkbox"/> 20,000円
					対象外年齢	<input type="checkbox"/> 10,500円	
【備考】 オプション検査の希望等ご記入ください。							

2	記号	番号	氏名	生年月日	性別	本人家族	受診日
			フリガナ	昭 年 月 日	男女	本人家族	月 日
	住所			電話番号	実施年度の年齢 (3月末時点)	健保組合補助額(税込)	
	〒				歳	対象年齢	<input type="checkbox"/> 20,000円
					対象外年齢	<input type="checkbox"/> 10,500円	
【備考】 オプション検査の希望等ご記入ください。							

3	記号	番号	氏名	生年月日	性別	本人家族	受診日
			フリガナ	昭 年 月 日	男女	本人家族	月 日
	住所			電話番号	実施年度の年齢 (3月末時点)	健保組合補助額(税込)	
	〒				歳	対象年齢	<input type="checkbox"/> 20,000円
					対象外年齢	<input type="checkbox"/> 10,500円	
【備考】 オプション検査の希望等ご記入ください。							

【注意事項】

- ・太枠内は健保組合記入欄です。
- ・健保組合補助額は、実施年度(3月末時点)で、対象年齢の方は(40・45・50・55・60歳)は20,000円、対象外年齢の方は10,500円です。
- ・オプション検査料金は、別途自己負担になりますので、健診機関窓口でお支払いください。
- ・この申込書は、予約後に健保組合へご提出(郵送またはFAX)してください。補助額等を確認後、健診機関へ郵送します。

【個人情報の取扱いについて】

申込書の記載事項および健診結果については、健診事後フォロー並びに受診勧奨のため、健保組合・事業所・健診機関が使用し、第三者に提供することはありません。

【実施健診機関へのお願い】

貴健診機関と当健保組合の契約に基づき、申したいします。
健診費用請求書については、健保組合補助額を健保組合に請求してください。
なお、受診者負担分につきましては上記「受診者負担金請求書送付先」をご参照のうえ、ご対応いただきますようお願いいたします。