

人間ドック補助利用申込書

保険証 記号

令和 年 月 日

- ◇この用紙は事業所及び個人の申込書です。
- ◇医療機関へご予約後、受診日の2週間前までに郵送またはFAX（048-644-1333）にてご提出下さい。
- ※契約医療機関以外で受診される方も必ず本申込書をご提出下さい。

【アンケートにご協力ください】

- 個人でお申込みの方は、当組合の人間ドック補助について何で知りましたか？
- 1. 所属事業所の担当者様
 - 2. 当組合ホームページ
 - 3. ご自宅へ配送した保健事業のご案内

保険証 番号	受診者氏名	本人・配偶者	整理票等 送付場所	自宅住所	医療機関名	補助種別 <small>※必ず○をつけてください</small>					受診予定日 月 日
						1	2	3	4	5	
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日

※6名を超える場合は継紙をご利用ください。

◇補助種別は下記のとおりです。検診料金に応じて補助金額が異なります。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 人間ドック ……検診料金30,000円以上は定額20,000円、30,000円未満は5割補助（1,000円未満切捨て） 2. 62歳節目ドック ……上限42,000円補助（42,000円未満の場合は1,000円未満切捨て） 3. 脳ドック（単独受診） ……検診料金20,000円以上は定額20,000円、20,000円未満は5割補助（1,000円未満切捨て） 4. 脳ドック（オプション実施） ……検診料金20,000円以上は定額15,000円、20,000円未満は5割補助（1,000円未満切捨て） 5. 全身がん検診 ……定額30,000円補助（検診料金30,000円未満の場合は補助対象外） |
|---|

受付印

◇人間ドック補助を実施することによって得た検診結果等の個人情報、健保組合の事業目的で使用する以外には、一切使用いたしません。ただし、法令に基づく場合や人の生命、財産などの保護の必要がある場合などを除きます。

人間ドック補助利用申込書継紙

保険証 記号	
-----------	--

No. _____

保険証 番号	受診者氏名	本人・配偶者	整理票等 送付場所	自宅住所	医療機関名	検診コース <small>※必ず○をつけてください</small>					受診予定日
						1	2	3	4	5	
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日
		本・配	事業所・自宅	〒							月 日