

【 人間ドック補助利用申込書 】

令和 年 月 日

◆この申込書は人間ドック補助利用に必須の「整理票（人間ドック補助利用券/予約確認票）」を発行する用紙です。

◆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で当組合へご提出ください。

[提出先] 郵送：〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町4-993-1 FAX：048-644-1333 埼玉機械工業健康保険組合 保健事業課 宛

◆「整理票（人間ドック補助利用券/予約確認票）」は、事業所宛てに送付いたします。

記 号						

番 号	受 診 者 氏 名	本人・配偶者 <small>（被保険者との続柄）</small>	電 話 番 号 <small>※日中繋がる連絡先をご記入ください。</small>	医 療 機 関 名	補 助 種 別 <small>※利用を希望される補助番号に ○をつけてください。</small>	受 診 日
		本 ・ 配			1 2 3 4 5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1 2 3 4 5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1 2 3 4 5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1 2 3 4 5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1 2 3 4 5	令和 年 月 日

※一度の申込人数が5名を超える場合は継紙をご利用ください。

◇補助種別と補助対象検査は以下のとおりです。

- [1] 人間ドック……………当組合の定める「人間ドック基本検査項目」を満たす検査

[2] 62歳節目ドック……………当組合の定める「人間ドック基本検査項目」を満たす検査

[3] 脳ドック……………頭部MRI、MRA、CT検査

[4] オプション脳ドック……人間ドックにオプションとして追加した頭部MRI、MRA、CT検査

[5] 全身がん検診……………「PET-CT」や「DWIBS」などのPET、全身MRI、全身CT検査

- (注) ・人間ドックとオプション脳ドックの補助を利用される場合は、両方に○をつけてください。
- ・検査項目の不足がある場合や受診当日に当組合の資格をお持ちでない場合は、補助対象外となりますのでご注意ください。
 - ・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、当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。

受 付 印 ※当組合使用欄

人間ドック補助利用申込書継紙

令和 年 月 日

記 号	
-----	--

番 号	受 診 者 氏 名	本 人・配偶者 <small>(被保険者との続柄)</small>	電 話 番 号 <small>※日中繋がる連絡先をご記入ください。</small>	医 療 機 関 名	補 助 種 別 <small>※利用を希望される補助番号に ○をつけてください。</small>					受 診 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日
		本 ・ 配			1	2	3	4	5	令和 年 月 日