

人間ドック 利用申込書 (日帰り 人間ドック)

20XX/5/25 提出日

下記をご確認いただき☑をお願いいたします。

- 下記記載 ※注意事項※の内容を確認し、同意いたしましたので人間ドックの申込をいたします。
- 人間ドック利用申込金(13,000円)は、下記【指定口座】へ受診日の20日前までに振込いたします。

事業所名	○△□事業部○○部××課		記号-番号	ふりがな	けんぼ たろう							
			10-○△62	受診者氏名 (自署)	健康 太郎							
生年月日	平成	X	年	11	月	23	日	年齢	X3	歳	性別	男
郵便番号	123	-	2578	TEL	080	-	○△95	-	□2△9			
住所	東京都練馬区西大泉○-□△-○○											

予約医療機関名	所沢中央病院健診クリニック		受診予定日時	令和	XX	年	8	月	28	日
			<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	8	時	30	分			

※医療機関へ予約後、7日以内に【人間ドック 利用申込書】の原本(書面)を健保組合へご提出ください。

検査内容	補助対象ほか	健保記入欄
基本コース	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック	
健保組合補助金対象オプション	<input checked="" type="checkbox"/> PSA 検査	男性50歳以上(年度末時点)
	<input type="checkbox"/> 乳房エコー	女性 (マンモORエコーどちらか一方)
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	女性
胃部検査 (胃カメラはオプション扱い)	<input checked="" type="checkbox"/> 胃部X線(バリウム)	胃部X線(バリウム)から胃カメラへの変更 差額は自己負担
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口)	
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻)	
追加(申込)オプション	線虫がん検査	

【指定口座】

振込先:りそな銀行(010) 石神井支店(764) 普通 0397588
 名義人:タムラ製作所健康保険組合(タムラセイサクショケンコウケンクマイ)
 振込人名:受診者氏名 ※振込手数料をご負担ください

◇ お振込日(予定日)をご記入ください ◇

20XX/6/2

※注意事項※

- 4月1日現在及び受診日において当健保組合の被保険者(本人)で30歳以上の方が人間ドックをご受診できます。
 - ・30歳~49歳 男性:人間ドック
 - ・50歳~男性:人間ドック+前立腺がん
 - ・30歳~女性:人間ドック+婦人科検診(子宮頸がん・乳がん)
- 人間ドックの申込金(一部負担金)は1名:13,000円です。上記【指定口座】へ受診日の20日前までにお振込ください。
- 人間ドックをご受診された方は、会社の定期健康診断・巡回健診を受けられませんのでご注意ください。
(人間ドックか会社の定期健康診断(在職者)、巡回健診(任継者)のどちらか一方を年度内1回の受診)
- 追加オプションに関しては医療機関へご確認ください。
- 追加オプション料金(自己負担分)は、受診日に医療機関窓口へお支払ください。
- 感染症対策等については受診医療機関の指示に従ってください。
- ※ やむを得ずキャンセルをする場合は、受診日の7日前までに予約医療機関と健保組合へご連絡をお願いいたします。
 ご連絡がない場合は、キャンセル料を請求させていただく場合もございます。ご注意ください。
- 《在職者の方へ》
 - 人間ドックは事業主との共同事業です。(法定健診費用を事業主が負担しています)
 健診結果は健康管理を目的に医療機関から健保組合へ報告され、事業主と共同利用いたします。
 - 健診結果のコピーを健保組合から事業所担当者へ渡す事を同意していただいた方が人間ドックをご受診できます。
(利用申込書提出と同時に同意とみなします)