

人間ドック利用申込書

健診機関	
------	--

常務理事	事務長	担当

申込日	令和	年	月	日	事業所																
所 属	部				室・工場				被保険者等 記号・番号	—				氏 名							
住 所	〒		—												電話番号	勤務先 (外線番号)		—		—	
											自 宅		—			—					
氏 名	区 別	生年月日			年齢	健診予約日時				健診回数			前回の健診日			オプション ※ 補助対象外のオプションも記入して下さい。					
		年	月	日		年	月	日	時				年	月	日						
	被保険者	昭和 平成				令和					過去		回	平成 令和							
	被扶養者 (配偶者)	昭和 平成				令和					過去		回	平成 令和							

- ① 利用申し込みについて
利用したい健診機関に各自直接申し込み下さい。その後すみやかに「人間ドック利用申込書」を健康保険組合へ提出して下さい。
- ② 契約診療機関で受診した場合
健診機関から健康保険組合へ請求がきますので、窓口で支払う必要はありません。健診料から補助金額を引いた差額を被保険者の給与から引去ります。
- ③ 契約外診療機関で受診した場合
健診費用は全額窓口で支払い、後日補助金支給申請を行って下さい。
- ④ 利用可能回数は年度内(4/1～翌年3/31)に1回とし、それ以上は全額自己負担となります。