

人間ドック申込書

※提出必須です

◆ 申込方法 申込者 → 工場総務 → 健保&申込者

補助条件：被保険者の資格取得日より1年以上経過しており、かつ30歳以上の被保険者および被扶養者
4月から翌年3月まで 人間ドックもしくは脳ドックのどちらか1回限り

◆ 受診者について

						記入日	年	月	日
保険証番号	—		従業員氏名						
所属			部	課	内線				
カナ			性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
受診者氏名									
住所	〒 —		電話番号			— —			

◆ 予約内容について 該当する健診内容に○を記入してください（プルダウンあり）

健診機関	人間ドック	子宮がん検診	乳がん検診（マンモ）	乳がん検診（エコー）	胃カメラ	胃透視
1 福岡ゆたか中央病院						
2 松浦中央病院						
3 西田病院						
4 新武雄病院						
5 福岡新水巻病院						
希望日	第1希望 健診機関番号	第2希望 健診機関番号		第3希望 健診機関番号		
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
希望日	第4希望 健診機関番号	第5希望 健診機関番号		※胃カメラの追加料金は		
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	受診者負担

◆ 定期健康診断希望（会社にて実施。個人負担なし。）

定期健康診断を希望の方は、右の欄に○印を付け、氏名を記入して提出してください。	
---	--

※工場総務記入

受診日	年 月 日 曜日	総務処理印	健保処理印
予約をした日	年 月 日 曜日		
健診機関	病院 節目		

★受診票は受診日の5日前までに健診機関から自宅へ郵送されます。

受診票に記入し、当日健診機関へ持参してください。注意事項等パンフレットをよく読んでください。
健診日の変更、キャンセル等の場合は工場総務に連絡してください。

★受診者負担金額は1人10,000円。ただし、節目健診対象者は1人5,000円。

婦人科健診込み。オプションは受診者負担となります。受診日当日に各健診機関へお支払いください。

※当健保は健康保険法第150条に規定される「健康診査」を行うためドックの結果を健診機関から健保にも提出していただいております。この結果の取扱いについては、今後も適法かつ適切に管理するよう細心の注意を払って取り組んでまいります。ご理解いただきますようお願い申し上げます。