

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係

契約健診機関 健康診査等利用申込書（個人用）

健診種別 （該当する種別に○をつけてください。）	1. 契約 短期人間ドック			A. 1泊2日ドック (当組合独自契約健診機関)	
	2. 婦人科健診（オプション）			B. 日帰りドック	
	3. 脳ドック(脳検査)（オプション）				
所属事業所名					
記号・番号	—			フリガナ	
				被保険者氏名	
利用者区分	被保険者・被扶養者			フリガナ	
				被扶養者氏名	
性別	男・女	年齢	歳	生年月日	昭平 年 月 日
利用健診機関名	所在地() 都道府県			利用日	自 年 月 日 至 年 月 日
備考					

健康診査事業実施のため、健診結果が健保組合にも通知されることに同意のうえ、上記のとおり健康診査の利用を申込いたします。

年 月 日

(注)

- ① 利用される**健診機関へ直接予約**してください。予約が成立しましたら健診予約日の**2週間前**までに、事業所を通じて組合へ申込書を提出してください。
- ② **1. 契約短期人間ドック**の利用料金は、後日補助金を差引いた額を事業所ごとに取りまとめ、事業所あてに請求しますので、各事業所の方法に従ってお支払ください。
ただし、オプション料金(婦人科健診・脳ドック(脳検査)除く)については当日窓口でお支払ください。
- ③ 事業主が実施する被保険者の定期健診・生活習慣病健診・婦人科健診・胃部検診・脳ドック(脳検査)は、この申込書は使用しないでください。
- ④ 通知された健診結果は健康診査事業以外の目的には利用いたしません。