常務理事	事 務 長	部　　長	課　　長	課長代理	係

契約健診機関 短期人間ドック利用申込書（事業主健診用）

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、下記のとおり短期人間ドックの利用を申込いたします。

記

実 施 予 定 日	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日	
実施予定人数		被 保 険 者
	1 泊 2 日 ド ッ ク	人
	日帰り(1 日)ドック	人
	婦人科健診(オプション)	人
	脳ドック(オプション)	人
	合　　計	人

年　　月　　日

事業所記号（　　）

事業所名称

(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**、組合へ申込書を提出してください。

② 別紙「短期人間ドック受診者名簿」を添付してください。
(受診者名簿は**受診月ごと**に作成してください)

③ 利用料金は、後日補助金を差引いた額を個人利用分とあわせて事業所ごとに取りまとめて請求しますので、組合から発行する納付書により銀行振込してください。

④ 健診日を変更または中止する場合は、健診機関及び健保組合へご連絡ください。

⑤ 個人受診及び被扶養者の人間ドックは、この申込書は使用しないでください。

⑥ 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。