

近畿日本鉄道健康保険組合 御中

人間ドック利用申込書

申込日 年 月 日

事業所の名称				所属			
フリガナ				被保険者証 記号・番号	—		
被保険者 氏名				受診日	西暦 年 月 日 曜日		
健診 機関名				受診日	西暦 年 月 日 曜日		
種別	1日ドック 2日ドック		CT	MRI・MRA	婦人科検診	脳ドックのみ	
受診者	ふりがな				被保険者 との続柄		
	氏名						
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女
	住所	〒 — — — — —					
	連絡先電話番号 (携帯または自宅)	—			—		

上記のとおり人間ドックの利用を申し込みます。

(注)② 健康保険組合連合会が 契約している健診機関で 受診される場合	本人が負担する 検査料金の送金日
	/

(注)

- ① 利用申込書は受診日の2週間前までに健康保険組合へ到着するように提出してください。利用回数は年度内で1回限りです。
- ② 健康保険組合連合会が契約している健診機関で受診される場合は、受診者本人負担額を添えて提出してください。なお、検査料金は健康保険組合にお尋ねください。
- ③ 女性の被保険者が婦人科検診を受診したときは、所定の検査料金を補助します。
- ④ 脳ドックを受診したときは、所定の検査料金を補助します。
- ⑤ 健診機関により婦人科検診及び脳ドック検査料金が異なりますので、詳しいことは、健診機関または健康保険組合にお尋ねください。
- ⑥ 健康保険組合で受付後、「人間ドック利用通知書」を作成し、申込者へお返しします。
- ⑦ 健診結果のデータは健康保険組合にも提供され、必要に応じてその後、受診者への特定健康指導等に利用されます。
- ⑧ 本申込書は、人間ドック利用申込み以外の目的には使用いたしません。

健 保 決 裁 欄	常務理事	事務長	係員