

常務理事	事務(局)長	部長	次長	課長	係長	係

忘れずに
ご捺印ください

本人 人間ドック利用申込書

▶このわくの中をご記入ください。

利用する被保険者	健康保険証の記号・番号	健康 五郎	性 別	男 ・ 女
	1830	9999	氏 名	健康 五郎
	自宅住所	〒 000 -0000 東京都千代田区〇〇1-2-3 〇〇マンション〇〇号		
	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 * 日中ご連絡のとれる連絡先をご記入ください		
利用施設名 〔省略せずに正確にご記入ください〕	医療機関コード	1 3 9 9 9	東京	受診予定日
	〇〇総合病院 健康管理センター			平成 〇 年 〇 月 〇 日 (〇 曜日)
TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		都道府県		

- ・ 申込んだコースの種類に○をしてください。
- 日帰り ・ 短期 (1泊2日)
- ・ 上部消化管(胃)検診の種類に○をしてください。
- レントゲン検査 ・ 内視鏡検査 ・ 受診しない

○個人情報の取扱いについて

- ※ この申込書は、労働安全衛生法で定められている事業主実施の定期健康診断にかえて、当組合の契約施設で人間ドックを利用するための用紙です。当組合から人間ドックの結果について事業主へ報告することはありませんので、会社のご担当者にご確認の上、法令上必要な項目についてはご自身でご報告ください。
- ※ 裏面の当組合「人間ドック利用時の個人情報の取扱いについて」をご確認、同意いただき、以下の『□』にチェックを入れてお申込みください。

☒ 当組合の個人情報の取扱いに同意します。

以下の内容をご確認のうえ、お申込みください。

- 受診予約は直接委託医療機関へ申込んでください。同時に婦人科検診を希望する際は、その旨医療機関に申込んでください。
- 受診日は、この申込書提出日より1週間以上の余裕をもって予約してください。受診日の1週間前までに利用申込書の提出がない場合には、補助の利用はできません。当日窓口で利用料金全額の支払いが発生します。
また、利用申込書を事前に当組合へ提出しないで人間ドックを受診した場合も、補助の対象となりません
- お申込み後、利用者への利用券等の発行はいたしません。受診当日は、窓口で健康保険証を提示のうえ、お申込みをされた医療機関からの案内に従って受診してください。
- オプションの検査料金は当日窓口で精算してください。
- 転籍・退職等に伴い記号・番号に変更があった場合は、新しい記号・番号でのお申込みが必要となります。また、当組合の資格喪失後の受診は補助の対象となりません。
- 補助の利用申込みは、年度内一回に限ります。

事業所記入欄	事業所の事務担当部署名・氏名	総務人事部 健診二郎	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	上記のとおり人間ドック利用申込みを致します。			
	平成 〇 年 〇 月 〇 日	事業所名称	健保証券株式会社	
	申請者氏名	健康管理者	健保 太郎	
東京証券業健康保険組合理事長 殿		※申請者とは事業主・事業主代理人又は健康管理者です。		

－ 備 考 －

受 付 日