

常務理事	事務(局)長	部長	次長	課長	係長	係

家族 日帰り人間ドック利用申込書

▶このわくの中をご記入ください。

健康保険証の記号・番号		ふりがな	けんこう りょうこ	被保険者との続柄
1830	9999	受診する 被扶養者の氏名	健康 良子	妻
被扶養者の 自宅住所	〒 — (下記被保険者住所と同じ場合は省略)			被扶養者の生年月日
電話番号	〇〇〇 (△△△△) ××××			昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日
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 0 9 9	新宿国際総合病院 健康管理センター	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇 曜日)
東京		受診 予定日		
TEL △△△ (××××) 〇〇〇〇		(都道府県)		
・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		
被保険者の勤め先 事業所名称	健保証券株式会社			
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 (◇◇◇◇) ××××	
○個人情報の取扱いについて ※ 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。				
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 〒 000 - 0000 TEL 〇〇〇 (△△△△) ◇◇◇◇ 住所 東京都千代田区〇〇 1 - 2 - 3 △△マンション〇号 被保険者 氏名 健康 五郎 東京証券業健康保険組合理事長 殿 忘れずに捺印ください				

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。

－ 備考 －

受付日