

人間ドック利用申込書

被保険者等		記号	番号	
利用者	フリガナ			生年月日
	被保険者氏名			年 月 日
	フリガナ			生年月日
	被扶養者氏名			年 月 日
	住所	(〒 -) TEL ()		
利用日		1日(日帰) 年 月 日		
		2日(一泊)以上 年 月 日から 月 日		
施設名				
施設への申込年月日		年 月 日 予約済		
婦人科検診		希望する		希望しない
上記のとおり申し込みます。				年 月 日
きんでん健康保険組合 御中				
所 属 (室・部・支店(社))				
施工系	被保険者氏名			
非施工系	(印)			

- (1) 1日ドック(日帰)、2日ドック(一泊)とも補助限度額は30,000円です。30,000円を超えた差額金額は、医療機関の窓口で支払いをお願いします。部分ドック(脳ドックのみ等)は補助の対象になりません。
- (2) 個人情報保護法に伴い、以下のことについてご了承下さい。了承していただけない場合は健康保険組合へ申し出て下さい。
 - ①利用者の被保険者等記号・番号、氏名、生年月日、住所、電話番号等を健康保険組合から受診施設へ通知する場合があります。
 - ②検査結果表が本人用とは別に、健康保険組合用として受診施設から健康保険組合へ送付されること。
- (3) 取り消しの場合、なるべく早くご連絡下さい。
- (4) 組合からの補助は年間(4月1日～翌年3月31日)1人1回とします。

組合処理欄

常務理事	事務長	係	係	係

受付印

