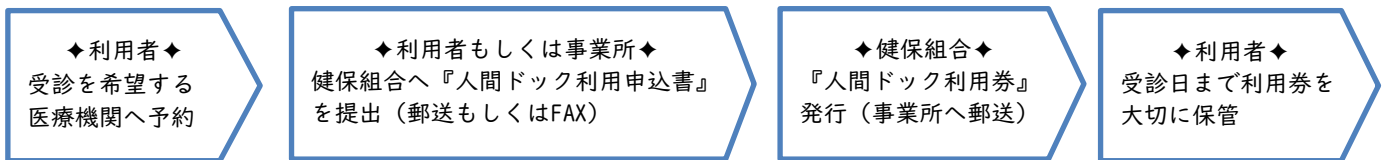


人間ドック利用申込書

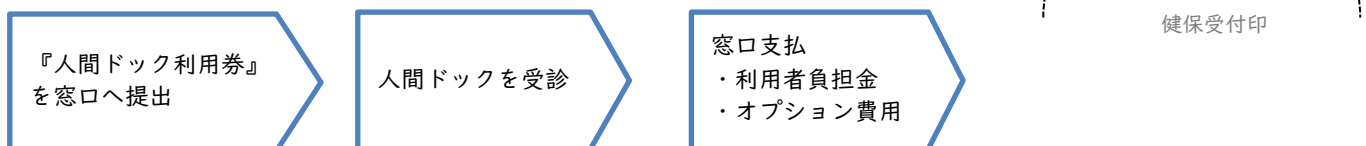
対象者：35歳以上の被保険者及び被扶養者（対象年齢は実施年度における年度末時点の満年齢）

記号－番号	999 -	任意継続		
被保険者氏名				
住所	〒			
	ご連絡先（電話番号）			
フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
利用者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 歳	健保組合 負担額	1. 被保険者 ⇒ 26,000円 2. 被扶養者 ⇒ 20,000円
利用 事項	受診年月日	令和	年 月 日	曜日
	コース	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック		<input type="checkbox"/> 一泊二日
	健診機関 所在地			
	健診機関名			
連絡先	担当者氏名		電話番号	
<input checked="" type="checkbox"/>	本申込書の提出をもって、下記注意事項および人間ドックの結果を健康保険組合が取得することに同意します。※ご同意いただけない場合は人間ドックの補助は受けられません。			

## ◆人間ドック申込の流れ



## ◆人間ドック当日の流れ



## 【注意事項】

- 健診受診日を変更した場合は、健診機関および健康保険組合へ必ずご連絡ください。
- 人間ドックをキャンセルする場合は、健診機関および健保組合へ連絡のうえ、「人間ドック利用券」を健保組合へ返送してください。
- 人間ドックを受ける場合は、健康診断の補助（40歳以上の被扶養者は特定健康診査）は受けられません。
- 人間ドック受診日に、当健康保険組合の被保険者・被扶養者資格を有していない場合は補助対象外です。