

《記入例》

案内や注意事項を必ずお読みのうえ、申請して下さい。

健診機関 人間ドックご担当者 様

**被保険者
(本人)**

(A)人間ドック等利用申込書・受診券 ※健保連契約健診機関で受診する場合

個人情報及び検査結果の取り扱い(健康指導・管理のため、健康保険組合・診療所等に結果が送付されること等)に同意し、下記の通り健保連契約健診機関の人間ドック受診を申し込みます。

※健診の際は、健康保険証を使用できません。

		申請日		西暦 〇〇年 〇月 〇日 ※2		
受 診 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	※1 *	番号	※1 ****	
	受診者氏名		フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 ※3			
	生年月日	*当年度末3月31日現在の年齢を記入して下さい			性別	男 ※4
受診者 の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 三重県四日市市〇〇町×番地			連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇 ※5	
受診当日はJSR健 保の被保険者である		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →人間ドック利用出来ません				
オプション検査	※年度内ですでに脳ドック、乳がん、子宮がん、卵巣がん検査を受けている場合は補助の対象外です。 ※6					
		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡(基本検査項目のバリウムから胃カメラに変更を希望) <input checked="" type="checkbox"/> 脳ドック(脳MRI・MRA検査を伴うもの) <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input checked="" type="checkbox"/> 乳房診察+マンモグラフィ(女性のみ) <input type="checkbox"/> 乳房診察+乳腺超音波(女性のみ) <input type="checkbox"/> 婦人科診察+子宮頸部細胞診(女性のみ) <input checked="" type="checkbox"/> PSA検査(男性のみ) <input checked="" type="checkbox"/> その他(腹部超音波)				
健診機関名	〇〇健診クリニック			受診予約日	西暦 〇〇〇〇年 〇月 〇日	

※1

保険証を見て記入して下さい。

※2

健保組合へ申請する日を記入して下さい。
※受診日の1ヶ月前までに申請下さい。
1カ月以内に申請いただく場合は早急に申請下さい。

※3

会社で旧姓を使用している場合は、保険証と同じ氏名に修正して下さい。

※4

任意継続者は「任継」と記入して下さい。
テレNo.が無い場合は「-」を記入して下さい。

※5

日中連絡が取れる連絡先を記入して下さい。

※6

オプションを追加したい場合はチェックを付けて下さい。
「その他」にチェックした場合は、内容を記入して下さい。

保 険 者	組合名	JSR健康保険組合	組合所在地	〒510-8552 三重県四日市市川尻町100番地	連絡先	059-345-8004
-------------	-----	-----------	-------	------------------------------	-----	--------------

【注意事項】

- 健保連契約の人間ドックコース内容の一部をキャンセルすることは出来ません。全ての項目を受診願います。
- この申込書は受診日の1ヶ月前までに、健保組合へ申請下さい。
(在職者(G&Gは除く)は社用PCからCELLFで申請。G&G、任意継続者は紙で社内便又は郵送。)
- 健保組合へ申込後に「健保受付日」を記載した「利用申込書・受診券」を健保組合から送付致します。
- 「健保受付日」の無いものは、無効です。
- 在職者の方は、年度内に「人間ドック(健保連契約健診機関)」「人間ドック(健保連契約健診機関以外)」のいずれか1つを利用できます。(生活習慣病健診は、事業所の健康診断にて実施)
- 任意継続被保険者の方は、年度内に「人間ドック(健保連契約健診機関)」「人間ドック(健保連契約健診機関以外)」「生活習慣病健診」のいずれか1つを利用できます。
- 健診当日にJSR健保組合の被保険者で無い方は受診できません。

健保受付日

【健診機関へのお願い】

- 人間ドック(オプション検査費用含む)費用は全額健康保険組合へご請求ください。
- オプション検査は、健診機関において請求書に項目・金額を明記願います。
- 人間ドック項目全ての、XMLデータを請求書と併せてご送付願います。

◎健保処理欄

●人間ドック(5-1-4-3)	費用(オプション含)	円			
	補助額	円	簡目:上限50,000円(税込) 簡目以外:上限20,000円(税込)		
●脳(5-1-4-7)	費用	円		健診機関支払額	連絡
	補助額	円	本人:上限10,000円(税込)	円	担当:
●女子(5-1-4-6)	費用	円		被保険者請求額	
	補助額	円	本人:上限30,000円(税込)	円	