

《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

**被扶養者
(家族)**

(C) 人間ドック利用申込書・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 ***年 *月 *日 ※2	
受	保険証の 記号番号	記号 * ※1	番号 **** ※1	フリガナ ケンボ ハナコ	
	受診者の 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 西暦 ****年 *月 *日 (**歳*)		性別	女 ※3
診	受診者の 現住所	〒 ***-*** 三重県四日市市〇〇町×番地		受診日当日はJSR健 保の被扶養者である	<input type="checkbox"/> はい ※4 <input type="checkbox"/> いいえ ※5 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック利用申込出来ません
	受診状況	*今年度(4月~翌年3月)の健康診断受診状況にチェックしてください。 ※5			
		① 特定健診受診券 <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) →人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)			
		② 巡回レディース健診 <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) →人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)			
③ 健保連契約健診機関以外の人間ドック <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) →人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)					
者	オプション検査	※脳ドック、乳がん、子宮がん、卵巣がん検査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 type="checkbox"/> PSA検査(男性のみ) <input type="checkbox"/> HCV抗体検査 <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 ***年 *月 *日
被 保 険 者	被保険者氏名	健保 太郎 ※7		被保険者 の 連絡先	同上

※1

保険証を見て記入して下さい。

※2

健保組合へ提出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か月以内に申請いただく場合は早急に
申請下さい。

※3

受診する被扶養者(家族)の名前を記入
して下さい。

※4

日中連絡が取れる連絡先を記入して
下さい。

※5

忘れずにチェックを付けて下さい。

※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。

※7

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。

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(ブチル、G&Gは除く)が社用PCからCELFPで申請。ブチル、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「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。
- 健診当日にJSR健保組合の被扶養者で無い方は受診できません。

【健診機関へお願い】

- 人間ドック(脳ドック、乳がん、子宮がん、卵巣がん以外の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。

健保受付日

--

◎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 家族:上限10,000円(税込)

健診機関支払額	連絡
	円 担当:
被保険者請求額	
	円