

人間ドック受診申込書(契約機関外)

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|----------------|-------|-------------------------------|---------|
| 事業所 | 所属 [TEL] | | [連絡先 TEL - -] | | | |
| 被保険者番号 (社員番号) | フリガナ | | | | | |
| | 氏名 | | 印 | | | |
| 受診者 | 本人 | | 被扶養配偶者 | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 受診年月日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
| 婦人科検診受診の有無(女性のみ) | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | | |
| ピロリ菌検査 (原則、抗体(血液)) 受診の有無 | 有 ・ 無 | <受診有の場合> 2021年度以降補助を受けたことが | ある ・ ない | 有 ・ 無 | <受診有の場合> 2021年度以降補助を受けたことが | ある ・ ない |
| | ※ピロリ菌検査について、2021年度以降、受診者1人につき1回限り、健保負担上限額を限度として当健保組合が費用を負担します。(2回目以降は全額個人負担となります) | | | | | |
| 健診費用内訳 ※オプション検査や脳ドック等の追加健診を受診された場合は、必ずオプション名と費用(税込)をご記入ください。 | | | | | | |
| 健診費用の内訳をご記入ください | 人間ドック(日帰り) | (税込)円 | 人間ドック(日帰り) | (税込)円 | | |
| | (オプション名) | (税込)円 | (オプション名) | (税込)円 | | |
| | (オプション名) | (税込)円 | (オプション名) | (税込)円 | | |
| | (オプション名) | (税込)円 | (オプション名) | (税込)円 | | |
| | 総計 | (税込)円 | 総計 | (税込)円 | | |
| 健保負担額 振込先銀行 | (フリガナ) 銀行 支店の私名義 普通預金 口座No. へお振込ください。 | | | | | |
| 添付書類 | ①健診費用の領収書(原本) ②健診結果(コピー) ③特定健診結果送付表 | | | | | |

※特定健診・特定保健指導の実施が国によって健康保険組合に義務付けられており、人間ドックを受診された場合は、健診結果(コピー)の提出で特定健診を受診したものとみなされます。
 ※提出いただいた健診結果は、当健保組合の保健事業に活用いたしますのでご了承ください。
 ※健保負担上限額を32,000円(婦人科検査受診時40,000円)とします。
 ※健保補助対象外オプション検査や追加検査項目(脳ドック等)については、全額個人負担となります。

【健保組合記入欄】

| 【本人】 | | 【被扶養配偶者】 | |
|---|-------|-------------------|---|
| ①上限額 | 円 | ①上限額 | 円 |
| ②健診費用(オプション検査除く) | 円 | ②健診費用(オプション検査除く) | 円 |
| ②の健診費用(オプション検査除く)が①の上限額を超過の場合は③へ、未満の場合は④へ | | | |
| ③健保負担額(①-10,000円) | 円 | ③健保負担額(①-10,000円) | 円 |
| ④健保負担額(②-10,000円) | 円 | ④健保負担額(②-10,000円) | 円 |
| 振込年月日 | 年 月 日 | 合計 | 円 |