

| | | |
|--------|--|--|
| 健 保 | | |
|--------|--|--|

人間ドック利用申込書

申込日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------|------|----|--------|-------|-----------|-----|--------|-------------|----------|---|---|---|
| 被 保 険 者 | 事業所名 | | | | 所属部署名 | | | | | | | | |
| | 保険証 記号番号 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | フリガナ | | | | | | | | |
| 受 診 者 | 氏名 | フリガナ | | | 続柄 | 本人 配偶者 | 性別 | 男 女 | 月 日 年 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 〒 | | | | | 連絡先 | 自宅 | | | | | |

◎いずれの検査も実施していない等、施設により異なります。詳しくは別紙「契約医療機関一覧」をご覧ください。

| | | | | | | | |
|---|---------------------|------------|--|---------------------------------|--------------|--|--|
| 利用施設名 | | | | 利用日 (確定) | 月 日 () | | |
| ①健保経由で予約する ※必ず第3希望まで記入 | 第1希望 | 月 日 () | | 利用希望日の条件等 (1月2月の水木のいずれか・・・等) | | | |
| | 第2希望 | 月 日 () | | | | | |
| | 第3希望 | 月 日 () | | | | | |
| | 午後受付がある場合 | 午後可 ・ 午後不可 | | | | | |
| ②直接医療機関に予約した (予約済の利用日を記入) | 予約済 | 月 日 () | | 医療機関へ 連絡をした日 | 月 日 () | | |
| ※利用施設により料金が異なります。一項目のみ補助対象です。 | | | | ※「乳がん健診費用補助請求書」の提出が必要です。 | | | |
| 半額(上限2万円)補助対象 オプション検査 | 脳ドック・肺ドック | | | 乳がん検査 (千円補助) | マンモグラフィー・超音波 | | |
| ※利用施設により胃カメラは追加料金が必要です。 | | | | ※女性の基本検査項目に含まれています。 | | | |
| 胃検査 | バリウム・胃カメラ [経口・経鼻] | | | 子宮頸がん検査 | 受診する・受診しない | | |
| ※その他追加検査については、直接医療機関へお申し込みください。(全額自己負担となります。) | | | | | | | |

1年度内1回のみ申請となります。30歳以上(受診日現在)の被保険者、被扶養配偶者が対象です。

本人負担分は、当日検査機関窓口でお支払下さい。(被保険者、被扶養者とも10,000円)

受診決定後に受診されなかった場合は、器具代等のご負担をお願いする場合があります。

本申込書は、人間ドック利用申込み以外の目的には使用いたしません。

本申込書は、各事業所を通じて提出されることをご承知下さい。

【問合せ先】京阪グループ健康保険組合 内線2625～2627 外線(06)6944-2540

受付日

※対象事業所のみ記入

| | |
|------------------|---|
| 京阪グループカフェテリアクーポン | <input type="checkbox"/> 使用する(年度__枚・ 年度__枚・ 年度__枚で計 枚)・ <input type="checkbox"/> 使用しない |
|------------------|---|

(クーポン貼付欄)

クーポン券は年度の古いものを上にし、
重ねて指定の位置にホッチキス止めすること

※受診日が有効期限内であることを確認すること
※クーポン裏面に社員番号を記入し押印すること

ホ
ッ
チ
キ
ス
止
め