

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					
								社内					

◎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 使用する(年度__枚・ 年度__枚・ 年度__枚で計 枚)・ 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