

健 保		
--------	--	--

人間ドック利用申込書

申込日 29年 9月 1日

被 保 険 者	事業所名	〇〇〇〇〇〇株式会社		所属部署名	〇〇〇〇部	
	保険証 記号番号	記号 55	番号 123456	フリガナ 被保険者氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	
受 診 者	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	続柄 本人 配偶者	性別 男 女	月 生 日 年	昭和 44年 1月 27日
	住 所	〒 540-6591 大阪市中央区大手前1丁目7-31			連 絡 先	自宅 06-6944-2540 社内 2626

◎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	△△△△病院		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	12月 20日 (水)	利用希望日の条件等 (1月2月の水木のいずれか...等) 第3希望までで空きがなければ 来年1月以降の水曜日で一番早い日		
	第2希望	12月 13日 (水)			
	第3希望	12月 6日 (水)			
	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。 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	※「乳がん健診費用補助請求書」の提出が必要です。 乳がん検査 (千円補助) マンモグラフィ・超音波	
※利用施設により胃カメラは追加料金が必要です。			胃検査	※女性の基本検査項目に含まれています。 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