

青色の部分を
ご記入ください

【被保険者】人間ドック利用申請書



「人間ドック利用申請書」と「人間ドック利用承認書」は2枚同時に提出してください

下記の通り人間ドック利用の申請を致します【申請手順:被保険者→事業所→健保】

青色の部分をご記入ください

申請日	西暦	年	月	日
被保険者証の記号－番号	事業所名		部署	性別
－				
被保険者氏名	フリガナ			年齢
				歳
住所	〒	－		
日中ご連絡先		－	－	
生年月日	昭和	年	月	日
受診医療機関名				
健診受診年月日 (当年度4月～12月末日まで)	西暦	年	月	日
事業所証明欄	事業所名			
	事業主名			
	安全衛生担当者			
	連絡先(電話番号)	－	－	

【申請上の注意】

右記のいずれかに該当する方は利用券の申請ができません	1、受診当日に、当組合の資格のない方 2、当年度(4月～12月)において、既に「健康診断」を受診された方 3、当組合指定の各健診の受診資格要件(対象者や対象年齢)に該当しない方 4、契約先以外の健診機関に予約をされた方 5、事業所証明印のない方
申請期限	※健診を受けられる2週間前まで(受診可能期間:当年度4月～12月)
申請先	各事業所の安全衛生担当者

この申請書と添付書類に記載された皆さまの個人情報は、人間ドック利用処理または組合保健事業の企画運営のために使用し、他の目的のためには使用しません

健診料金は、
受診を希望される健診機関に
直接お問い合わせください

【健保使用欄】

常務理事	事務長	健康管理室

【被保険者】人間ドック利用承認書



人間ドック当日にこの「人間ドック利用承認書」を忘れた場合、受診できません。忘れずにご持参ください。

下記の通り人間ドック利用を承認します【利用手順: 被保険者→事業所→健保→事業所→被保険者→健診機関→健保】

申請日	西暦	年	月	日
被保険者証の記号—番号	事業所名	部署	性別	
—				
被保険者氏名	フリガナ			年齢
				歳
住所	〒 —			
日中ご連絡先	— —			
生年月日	昭和	年	月	日
受診医療機関名				
健診受診年月日 (当年度4月～12月末日まで)	西暦	年	月	日

上記の通り利用を承認いたします

承認者	〒424-0942 静岡市清水区入船町8-20 鈴与健康保険組合 印 TEL 054-354-1190(健康管理室) / Fax 054-354-0354
-----	--

【健診機関の方へ】

《本人負担額》 ¥20,000

但し、健保負担額上限は以下です

①基本ドック ¥25,000(税込)

②婦人科健診(乳がん検診・子宮頸がん検診) 各¥5,000(税込)

※【乳がん検診】触診・マンモグラフィまたは超音波／【子宮頸がん検診】内診・子宮頸部細胞診

上記の額を本券とセットにして健保にご請求ください

健診機関へのお願い	<ul style="list-style-type: none">●鈴与健康保険組合の承認印のないものは無効です●健診結果表に保険証記号—番号を明記してください●本人負担額は健診日当日に受診者本人から徴収してください●すべての健診項目を電子データ(国の定めるXML様式)で組合に通知することを希望します。
請求期限	該当年度1月末日
連絡先	〒424-0942 静岡県静岡市清水区入船町8-20 鈴与健康保険組合 健康管理室(054-354-1190)