

万代健康保険組合 (FAX 06-6753-8171)

(受診医療機関)

健康診断申込書 (兼同意書)

下記のとおり健康診断の予約をしましたので、申込書を送付します。

なお、受診結果について、受診医療機関より直接事業主送付し事業主が行う健康診断のデータとして使用することについて同意します。

健康保険証記号番号 _____ 被保険者の所属先 _____ 店・部 _____

(受診者の氏名)

フリガナ _____

名 前 _____

(男性・女性) _____

生年月日 昭和 年 月 日生 (歳) _____

(本人・被扶養者) _____

郵便番号 _____

住 所 _____

電話 () _____

◎ 健康診断の種類 (いずれかを○で囲んでください。)

1. 人間ドック健診

2. 生活習慣病健診

3. オプション検査 (有・無)

受診日 令和 年 月 日 () _____

① 上部消化管内視鏡 (有・無)

② マンモグラフィ (有・無)

③ 乳腺超音波 (有・無)

④ 子宮頸部細胞診 (有・無)

⑤ PSA (前立腺) (有・無)

⑥ HCV抗体 (有・無)

※ 3. のオプション検査については申込時に直接医療機関に申し込んでください。

なお、各医療機関で健診内容が異なるため、検査が実施できない場合や、助成に該当しない場合がありますので、医療機関でご確認ください。

※ ②～④は女性・⑤は男性のみ

◎ 費用の負担について

健康保険組合は、上記 1. 又は 2. の健診費用のうち23,000円を負担し、3. のオプション検査費用については、①～⑥までの検査ごとに次の金額を負担しますので、総費用との差額を当日医療機関の窓口で直接支払ってください。

①～④の検査・各2,000円

⑤の検査・1,000円

⑥の検査・500円

※ お問い合わせは：万代健康保険組合
(06-6720-3306) まで

※ 右欄は健保組合で使用しますので、記入しないでください。

請求書	資格確認	受付日