

伊藤ハム米久健康保険組合 御中
(FAX 0798-67-1668)

【事前提出】人間ドック利用申込書兼健診結果提供同意書

下記の通り、**特定健康診査に対応する人間ドック**の予約を済ませましたので、**健診機関より健診結果を伊藤ハム米久健康保険組合が受領することに同意し、人間ドック補助制度を申込みます。**

被 保 険 者 情 報 記 入 欄	保険証の 記号・番号	記号	番号	フリガナ	
	被保険者の 所属部署			被保険者名	
	フリガナ	〒 —			
	自宅住所	自宅電話番号 — —			
受 診 者 ①	フリガナ			続柄	生年月日： 年 月 日
	受診者氏名			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族()	年 齢： 歳 人間ドック前回受診日(年 月 日)
	【受診日】 年 月 日 (曜日)	【受診する健診機関名】 (TEL: — —)		【コース料金(税込)】	オプション検査項目(税込) ・ (円) ・ (円) ・ (円)
		【受診コース】 <input type="checkbox"/> 一日(半日) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一泊 ()			円
受 診 者 ②	フリガナ			続柄	生年月日： 年 月 日
	受診者氏名			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族()	年 齢： 歳 人間ドック前回受診日(年 月 日)
	【受診日】 年 月 日 (曜日)	【受診する健診機関名】 (TEL: — —)		【コース料金(税込)】	オプション検査項目(税込) ・ (円) ・ (円) ・ (円)
		【受診コース】 <input type="checkbox"/> 一日(半日) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一泊 ()			円

《注意事項》

- ・受診前に(予約後、速やかに)「人間ドック利用申込書兼健診結果提供同意書」をご提出いただくことまた**特定健康診査に対応する(厚生労働省令で定められた基本的な健診の項目をすべて含む)人間ドックであることが補助の条件です。**
- ・補助対象は35歳以上の被保険者または被扶養者、年度中に1回のみです。
- ・補助額は人間ドック検査料(オプション検査料含む)のうち**上限30,000円**、年度内(4.1~翌年3.31)に節目年齢(35、40、45、50、55、60、65、70歳)に到達する方は**上限60,000円**です。補助額に満たない場合は実費分の補助となります。
※節目年齢の対象となる生年月日の範囲は当組合のホームページを参照してください。
- ・人間ドックの利用に伴い収集された個人情報、保健事業に使用させていただきます。

健保確認欄※申込者は記入しないでください							
受診する健診機関の 特定健康診査項目	契約健診機関	支払方法	特定健診 内訳書	健診結果提出方法	確認日付	健診機関 担当者	担当者
<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たしていない ()	<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 健保連 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保請求 <input type="checkbox"/> 還元金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求書記載 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健診機関より健保へ提出 1. 紙&質問票 2. データ() <input type="checkbox"/> 本人より健保へ提出			

FAX未着防止のため FAX で送信された方は確認の連絡をくださいますようお願いいたします。TEL:0798-67-1665

伊藤ハム米久健康保険組合 御中
(FAX 0798-67-1668)

【事前提出】人間ドック利用申込書兼健診結果提供同意書

下記の通り、特定健康診査に対応する人間ドックの予約を済ませましたので、健診機関より健診結果を伊藤ハム米久健康保険組合が受領することに同意し、人間ドック補助制度を申込みます。

被保険者情報記入欄	保険証の記号・番号	記号 ○○ 番号 ○○○○	フリガナ	ケンボ タロウ
	被保険者の所属部署	○○○○○	被保険者名	健保 太郎
	フリガナ	ニシミヤ○ヨウ○パンチ○		
	自宅住所	〒○○○-○○○ 西宮市○○町○○番地○○ 自宅電話番号 ○○○○-○○-○○○		
受診者①	フリガナ	ケンボ タロウ	続柄	生年月日: ○○年 ○○月 ○○日
	受診者氏名	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族()	年齢: ○○歳 人間ドック前回受診日(○○年○○月○○日)
	【受診日】 ○○年 ○月 ○日 (○曜日) 時間: 9:00	【受診する健診機関名】 ○○病院 (TEL: ○○○○-○○-○○○)	【受診コース】 <input checked="" type="checkbox"/> 一日(半日) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一泊()	【コース料金(税込)】 54,000円
受診者②	フリガナ	ケンボ ハナコ	続柄	生年月日: ○○年 ○○月 ○○日
	受診者氏名	健保 花子	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(配偶者)	年齢: ○○歳 人間ドック前回受診日(○○年○○月○○日)
	【受診日】 ○○年 ○月 ○日 (○曜日) 時間: 9:00	【受診する健診機関名】 ○○病院 (TEL: ○○○○-○○-○○○)	【受診コース】 <input type="checkbox"/> 一日(半日) <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一泊(レディースドック)	【コース料金(税込)】 43,200円

《注意事項》

- ・受診前に(予約後、速やかに)「人間ドック利用申込書兼健診結果提供同意書」をご提出いただくことまた特定健康診査に対応する(厚生労働省令で定められた基本的な健診の項目をすべて含む)人間ドックであることが補助の条件です。
- ・補助対象は35歳以上の被保険者または被扶養者、年度中に1回のみです。
- ・補助額は人間ドック検査料(オプション検査料含む)のうち上限30,000円、年度内(4.1~翌年3.31)に節目年齢(35、40、45、50、55、60、65、70歳)に到達する方は上限60,000円です。補助額に満たない場合は実費分の補助となります。
※節目年齢の対象となる生年月日の範囲は当組合のホームページを参照してください。
- ・人間ドックの利用に伴い収集された個人情報

健保確認欄※申込者は記入しないでください							
受診する健診機関の特定健康診査項目	契約健診機関	支払方法	特定健診内訳書	健診結果提出方法	確認日付	健診機関担当者	担当者
<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たしていない ()	<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 健保連 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保請求 <input type="checkbox"/> 還元金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求書記載 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健診機関より健保へ提出 1. 紙&質問票 2. データ() <input type="checkbox"/> 本人より健保へ提出			

FAX未着防止のため FAX で送信された方は確認の連絡をくださいますようお願いいたします。TEL:0798-67-1665