

伊藤ハム健康保険組合 御中
(FAX 078-851-1781)

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 被保険者名	
	被保険者の 所属部署			職場の電話番号	— —
	フリガナ 自宅住所	〒 —		自宅電話番号	— —
受 診 者 ①	フリガナ 受診者氏名			続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族()	生年月日: 昭和 年 月 日 年 齢: 歳 人間ドック前回受診日(H 年 月 日)
	【受診日】 平成 年 月 日 (曜日) 時間:	【受診する健診機関名】 (TEL: — —)		【コース料金】 円	オプション検査の追加: 有・無 . . .
		【受診コース】 <input type="checkbox"/> 一日 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一泊 ()			
受 診 者 ②	フリガナ 受診者氏名			続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族()	生年月日: 昭和 年 月 日 年 齢: 歳 人間ドック前回受診日(H 年 月 日)
	【受診日】 平成 年 月 日 (曜日) 時間:	【受診する健診機関名】 (TEL: — —)		【コース料金】 円	オプション検査の追加: 有・無 . . .
		【受診コース】 <input type="checkbox"/> 一日 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 一泊 ()			

《注意事項》

- ・受診前に「人間ドック利用申込書兼同意書」の提出がない場合は補助できませんので、必ずご提出ください。
 - ・特定健康診査に対応(特定健診項目をすべて含む)する人間ドックであることまた健保が健診結果を健診機関より受領することを同意の上、お申込ください。(特定健康診査対応の人間ドックであること・健診結果の健保提供への同意が補助の条件です)
 - ・補助対象は35歳以上の被保険者または被扶養者です。
 - ・補助回数は年度中に1回のみです(2回目からは全額自己負担になります)。
 - ・ドック検査料(オプション検査料含)の20,000円を健保が補助します(補助額に満たない場合は実費分を補助します)。
- ※人間ドックの利用に伴い収集された個人情報は、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:078-846-2286