

伊藤ハム健康保険組合 御中

(FAX 078-851-1781)

40 歳以上※の特定健康診査対象者用
 ※年度内 (H23.4.1~H24.3.31) に到達する年齢

平成 23 年度

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 — — | | |

| 被保険者が受診する場合 | | | |
|-------------------------------|------------------------|---|--|
| フリガナ 受診者氏名 | | | 生年月日: 昭和 年 月 日 年 齢 歳 |
| 【受診日】 平成 年 月 日 (曜日) | 【受診する健診機関名】 TEL — — | 【受診区分】 チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 泊 | オプション検査の希望: 有 ・ 無 (検査名:) (検査名:) 前回の受診日 (平成 年 月 日) |

| 被扶養者が受診する場合 | | | |
|-------------------------------|------------------------|---|--|
| フリガナ 受診者氏名 | | | 続柄 生年月日: 昭和 年 月 日 年 齢 歳 |
| 【受診日】 平成 年 月 日 (曜日) | 【受診する健診機関名】 TEL — — | 【受診区分】 チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 泊 | オプション検査の希望: 有 ・ 無 (検査名:) (検査名:) 前回の受診日 (平成 年 月 日) |

《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)
- ・補助は年度中(H23.4.1~H24.3.31)に1回です。
- ・基本検査料(税込)の8割を補助しますので、2割の費用で受診できます(オプション検査料は全額自己負担)。
補助額の上限は40,000円(基本検査料限度額50,000円の8割)です。

※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 | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|------|-------------|-----|
| 受診する健診機関の 特定健康診査項目 | 保健指導の 自動的実施 | 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"/> 有 停止要請済 <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 (紙&質問票・FD・CD) <input type="checkbox"/> 本人より健保へ | | | |

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