

人間ドック・脳ドック利用申込書

保険証		利用者 区 分	フリガナ		生年月日	性別		
記号	番号		利 用 者 名					
		被 保 険 者 被扶養配偶者			昭和 平成 年 月 日	男 女		
利 用 者 住 所		〒		自宅電話番号				
希望健診種別 *婦人科のみの受診不可 婦人科追加項目は健診 機関により異なります		↓□に✓を入れて下さい		特記事項（婦人科詳細、胃部内視鏡等）				
		☐ 人間ドック 日帰り		☐ 胃部内視鏡				
		☐ 人間ドック 1泊		☐ 胃部内視鏡				
		☐ 上記ドックに婦人科追加		☐ マンモ又は 補助対象はどちらか片方		☐ エコー	☐ 乳房触診	☐ 子宮頸部細胞診
		☐ 脳ドック 又は 上記ドックに脳検査追加						
利用希望月日		第一希望	月 日～ 月 日の間（ ）				確定日 (健保記入)	
		第二希望	月 日～ 月 日の間（ ）					
希望健診機関名		第一希望	／					
		第二希望						

上記のとおり、申し込みます。

また、この健診結果を健康保険組合が保健事業（保健指導、匿名化情報の作成、健保 Web での本人の閲覧）のために利用することに同意します。

年 月 日

所 属 事業所名		所 属 部課名	
連絡先電話番号(横浜地区は内線番号)：			
被保険者名		利用者名 (被扶養配偶者名)	

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

(注意事項)

1. 所定事項を記入し、被保険者名・利用者名欄に記名してください。
2. 婦人科受診内容の詳細や胃部X線検査の内視鏡への変更希望等は特記事項欄にお書き添えください。
3. 利用希望日は幅を持って設定してください。
4. 希望月日に予約出来ない場合、予約が確定した場合、いずれも連絡します。
5. 検査項目の一部をキャンセルしても、健診料が減額されない場合があります。
6. 婦人科を希望し当日キャンセルすると、健診料を請求される場合があります。
7. 受診の翌月、健診料の30%を健康保険組合から請求しますのでお支払いください。健診機関でのお支払いはありません。補助金額が上限の50,000円を超過する場合は、健診料から50,000円を差し引いた金額を請求します。
8. オプション追加料金は全額受診者負担です。直接、健診機関にお支払いください。
9. 健康保険組合は個人情報の保護に関する法律等を順守して健診結果を保健事業に利用します。