

人間ドック・脳ドック申込書

記入例

保険証 記号・番号	○ - ○○○○		健保記入欄			
フリガナ	ニッピ ハナミ		生年月日	昭和平成 44年 4月 7日	性別	男(女)
受診者名 (被保険者又は被扶養配偶者)	日飛 花美					
受診者住所	〒 ○○○-○○○○ ×××市△△町○-○-○		電話番号 (日中連絡先)	○○○-○○○-○○○○		
健診種別 * 婦人科、PSAのみの受診不可	<input type="checkbox"/> に✓を入れて下さい				備考	
	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック 日帰り	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡に変更				
	<input type="checkbox"/> 人間ドック 1泊					
	乳がん検査追加 (どちらか選択)	<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィー		<input type="checkbox"/> 乳房超音波		
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診追加					
	<input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA)追加(血液検査 推奨50歳以上男性)					
	<input type="checkbox"/> 脳ドック 又は 脳検査追加					
受診日	第一希望	6月10日 ~ 6月24日の間(水曜日を除く)				
	第二希望	7月25日 ~ 8月24日の間(木曜日を除く)				
健診機関名	第一希望	○○クリニック				
	第二希望	○○健診センター				

補助対象健診機関は「人間ドック・脳ドック日飛健保契約健診機関一覧」をご覧ください。
日飛健保ホームページ又は社内イントラネットに掲載しています。

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、PepUpでの本人の閲覧)のために利用することに同意します。

令和 年 月 日

所属	○○工場 ○○部 ○○○課	電話番号 (内線又は携帯)	○○○○
被保険者名	日飛 二郎	受診者名 (被扶養配偶者の場合)	日飛 花美

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

(注意事項)

- 必要事項を記入し、健康保険組合へ提出して下さい。
- 希望日は幅をもって設定して下さい。
- 健診料の30%を健康保険組合へお支払い下さい。(受診の翌月、請求書を発行します)
補助上限50,000円を超えた場合は超過分を請求します。
- 上記以外のオプション追加料金は全額受診者負担となります。直接、健診機関へお支払い下さい。
- 健康保険組合は個人情報の保護に関する法律等を遵守して健診結果を保健事業に利用します。