

# 半日人間ドック申込書

被 保 険 者	フリガナ		保 険 証 記号・番号	—
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	( 男 ・ 女 )
受 診 者	フリガナ		本 人 家 族	本 人 ・ 家 族
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	( 男 ・ 女 )
〒				
半日人間ドック 受診者住所 (連絡先電話番号)				
被 保 険 者 勤 務 先	事業所名		事業所・総務担当者名	
	(事業所電話番号)			
予約された 健診施設名				
予約された 健診年月日				
平成 年 月 日 午前・午後 時				

## 健診施設の予約が完了したら一部負担金5000円を添えてお申し込みください。

健診費用を振込まれる方は健保組合口座へお願いします。 リソな銀行大阪営業部 普通2593061 大倉健康保険組合

上記の通り申し込みます。 平成 年 月 日	被保険者氏名	印
検査キットの送付先は上記 <input type="checkbox"/> 受診者住所 <input type="checkbox"/> 被保険者勤務先 に送付してください。(希望する方にチェックを入れてください)		
※検査キットの送付は受診予約日の約2週間前(健診施設によって送付日は異なります)に送られてきます。		

※胃検査にはバリウムと内視鏡(胃カメラ、経口・経鼻)があります。差額は健保組合で負担します。

内視鏡検査を選択された場合、ご希望の日時で予約が取りづらいことがあります。

※女性の方にはオプションとして5000円+消費税までは健保補助で以下の検査が受けられます。ただし、5000円+消費税を  
超える部分は自己負担となります。 ・子宮頸がん検査 ・乳房超音波検査 ・乳房X線検査(マンモグラフィ)