

半日人間ドッグ申込書

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)		
被 扶 養 者	フリガナ		本人 家族	
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (男 女)		
半日人間ドッグ 受診者住所	〒 (連絡先電話番号)			
被保険者 勤務先	事業所名			
	事業所電話番号			
予約された健診施設名				
予約された健診日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分から			

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。

健診費用を振込される方は健保組合口座へお振込みお願いします。

りそな銀行大阪営業部 普通 2593061 大倉健康保険組合

上記の通り申込みます。 令和 年 月 日 被保険者氏名
検査キットの送付先は <input type="checkbox"/> 受信者住所 <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 <input checked="" type="checkbox"/>
※検査キットの送付は受診予約日の約2週間前に送られてきます。(健診施設によって送付日は異なります)

※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る場合、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については、自己負担となります。

対象の検査：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)