

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をお願いします。

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)