

人間ドック利用申込書

(人間ドック補助申込書)

(FAX 03-6386-7192)

ニチバン健康保険組合 御中

令和 年 月 日

以下の通り人間ドックを利用いたしますので申し込みいたします。

被保険者等の 記号・番号	会社名： 事業所・所属部署名：		
受診者氏名	被保険者(本人)		昭和・平成 年 月 日生
	被扶養配偶者		昭和・平成 年 月 日生
住 所	〒 電話番号：		
受 診 日	被保険者(本人)	令和 年 月 日	
	被扶養配偶者	令和 年 月 日	※被保険者と同日の時は記入不要
医療機関名	電話番号： 医療機関受付者：		
オプションとして 申し込んだ検 査項目	①特になし ②その他 ()		

交代勤務者で ある ない (必ずどちらかに○をつけてください。)

※必ず、受診前に健保組合に提出してください。(事後は補助の対象外となりまのでご注意ください)

① 個人負担金：

【定額負担】 常日勤者・被扶養配偶者は 3,000 円、交代勤務者は 1,500 円です。

【限度超過額】 受診料金の上限額は 50,000 円(税込)です。超過額は個人負担となります。

② 35歳の誕生日以降に受診できます。(但し、健保加入期間6ヶ月以上の方)

【受診期間】 毎年4月1日から翌年3月31日まで(年度内1回)

③ 健保組合から特定健診項目の健診結果の提出依頼を受けた方は、そのコピーを提出下さい。