

人間ドック利用申込書

被保険者証記号・番号： ① or ⑨⑩

被保険者氏名： _____

下記のとおり、人間ドックの利用を申し込みます。

また、受診後すみやかに人間ドック健診結果表（写）の提出に同意いたします。

事業所		所属部門		
利用者氏名（被保険者）		生年月日	S H . .	年度末年齢 才
利用者氏名（配偶者）		生年月日	S H . .	年度末年齢 才
予約病院				
予約日時	R 年 月 日	受診内容	日帰り ・ 一泊	
健診直近受診日	H R 年 月 日	直近受診病院		
<備考>				

- ★人間ドック料金の補助は 35才以上の方が対象です。
- ★40.45.50.55.60才の方は会社の定期健診で人間ドックを受診します（会社指定健診機関・自己負担無し）ので、そちらをご利用ください。
- ★直近の健診（生活習慣病健診・人間ドック）より半年以上はあけてご受診ください。
- ★補助は、健保組合決算年度内（4/1～翌3/31）に1回です。請求期限は翌年度の5月末です。それ以降に請求された場合は補助できませんので、ご了承ください。
- ★健康保険組合では被保険者が健診結果等をスマホ等で参照できるようにする等、保健事業等に活用するため、健診受診されたすべての被保険者・被扶養者の健診結果をいただいております。
（事業主と覚書締結済）ドック受診後は、必ず特定健診結果（人間ドック結果表の写し）をご提出願います（ただし、健保契約病院での受診者は提出不要）。ご提出頂いた個人情報、厳重な管理を行います。
- ★この申込書は kenpo@yanmar.com 宛てに件名「人間ドック利用申込書」としPDFをメール添付、もしくは社内便にて提出願います。

受付印	(本人)	(配偶者)
	No.	No.