

※ 人間ドックの予約及び変更に関して、健保組合へ申込みせず直接医療機関へ個別にされる方や実施期間以外の受診料は全額受診者負担となります。必ず健康保険組合にご連絡下さい。

人間ドック申込書

オプション検査を希望される方は下記に○を付けてください。

令和 年 月 日

所属名		内線番号		第1希望日	月 日
健保記号番号	記号 番号	社員コード		第2希望日	月 日
受診者名	フリガナ	男・女	本人・家族	第3希望日	月 日
生年月日	昭和 年 月 日	オプション健診	・婦人科検査	・乳がん検査	・前立腺がん検査
受診機関 (・に○をつけて 下さい)	健康保険組合連合会と契約している受診可能医療機関 健保に確認してください。				
下記、留意事項に関して同意する。 署名				印	

- 留意事項**
- この申込書に記載いただく個人情報、当組合の有資格者であることの確認、健診機関に於ける受診者の確認、健診費用の一部負担金請求及び健診結果を送付するための情報に限定し、それ以外の目的には使用しません。
 - 当健保組合では、健診機関に健診費用を支払う際に健保組合が指定した検査内容で実施されているかどうかを判断するため、また受診された方の健康状態の傾向を把握するために、健診の結果を入手します。
 - 当健保組合の健診(人間ドック)は、事業主が行う定期健康診断を兼ねており、事業主と共同事業で実施します。受診者より特段の申し出がない限り定期健康診断項目の健診結果は事業主も把握することになります。そのことに同意します。
 - 申込みに際し、必要事項を記入しなかった場合は、健診を受けることができません。また健診結果は、健診機関から健保組合へ送付されますが、受診者から特に申し出がない場合は、情報利用の同意をいただいたものといえます。

※ 人間ドックの予約及び変更に関して、健保組合へ申込みせず直接医療機関へ個別にされる方や実施期間以外の受診料は全額受診者負担となります。必ず健康保険組合にご連絡下さい。

人間ドック申込書

オプション検査を希望される方は下記に○を付けてください。

令和 年 月 日

所属名		内線番号		第1希望日	月 日
健保記号番号	記号 番号	社員コード		第2希望日	月 日
受診者名	フリガナ	男・女	本人・家族	第3希望日	月 日
生年月日	昭和 年 月 日	オプション健診	・婦人科検査	・乳がん検査	・前立腺がん検査
受診機関 (・に○をつけて 下さい)	健康保険組合連合会と契約している受診可能医療機関 健保に確認してください。				
下記、留意事項に関して同意する。 署名				印	

- 留意事項**
- この申込書に記載いただく個人情報、当組合の有資格者であることの確認、健診機関に於ける受診者の確認、健診費用の一部負担金請求及び健診結果を送付するための情報に限定し、それ以外の目的には使用しません。
 - 当健保組合では、健診機関に健診費用を支払う際に健保組合が指定した検査内容で実施されているかどうかを判断するため、また受診された方の健康状態の傾向を把握するために、健診の結果を入手します。
 - 当健保組合の健診(人間ドック)は、事業主が行う定期健康診断を兼ねており、事業主と共同事業で実施します。受診者より特段の申し出がない限り定期健康診断項目の健診結果は事業主も把握することになります。そのことに同意します。
 - 申込みに際し、必要事項を記入しなかった場合は、健診を受けることができません。また健診結果は、健診機関から健保組合へ送付されますが、受診者から特に申し出がない場合は、情報利用の同意をいただいたものといえます。