

常務理事	事務長	課長	係長(主任)	係

契約健診医療機関利用申込書

生活習慣病予防健診A・生活習慣病予防健診B(35歳以上)
 婦人生活習慣病予防健診C(婦人B1)・人間ドック(35歳以上)
 脳検査(40歳・45歳・50歳及び55歳以上の被保険者)
 * 特定健診(対象者=40歳~74歳の被扶養者及び任意継続被保険者[無料])を
 希望されます方は、年度当初に交付いたします「受診カード」をご利用ください。

健診を受ける健診機関名
〇〇健診センター

事業所名称 〇〇〇〇株式会社
 所在地 東京都〇〇区△△1-1-1
 電話 03-1111-1111
 申込責任者 健保 花子

※ 健診機関に申込書(複写)を送付するため、一健診医療機関につき、1枚の申込書を提出してください。

保険証		(フリガナ)	本人	性別	生年月日	健診の種類	受診日
記号	番号	受診者氏名	家族		()歳	(○で囲んでください)	
1000	1111	ケンポ タロウ	本	男	S・H・R	(健診) A・B・C(婦人B1)	10月5日
		健保 太郎	家	女	63・4・1 (35)歳	(ドック) 1泊・1日 脳検査	
1000	1001	ケンポ ハナコ	本	男	S・H・R	(健診) A・B・C(婦人B1)	
		健保 花子	家	女	42・4・1 (56)歳	(ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本	男	S・H・R	(健診) A・B・C(婦人B1)	
			家	女	・ ()歳	(ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本	男	S・H・R	(健診) A・B・C(婦人B1)	
			家	女	・ ()歳	(ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本	男	S・H・R	(健診) A・B・C(婦人B1)	
			家	女	・ ()歳	(ドック) 1泊・1日 脳検査	
			本	男	S・H・R	(健診) A・B・C(婦人B1)	
			家	女	・ ()歳	(ドック) 1泊・1日 脳検査	

●受診者一部負担金=生活習慣病予防健診A:本人1,500円・家族 無料/生活習慣病予防健診B:本人3,000円・家族 無料
 婦人生活習慣病予防健診C(婦人B1):本人3,000円・家族 無料/人間ドック:ドック料金(消費税を含む)か
 28,000円(44歳までの方は20,000円)を差引いた額。(但し、最低負担限度額10,000円)
 ら脳検査:脳検査料金(消費税含む)から10,000円を差引いた額。

●脳検査の補助対象者は、当該年度に40歳・45歳・50歳及び55歳以上の被保険者です。

●受診者一部負担金の支払い方法=原則として医療機関に直接お支払いください。

●利用申込=FAXでも受付可。【受付年月日】
 (FAX03-3400-3980)でも受付可。

令和 年 月 日

セメント商工健康保険組合 殿