

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・人間ドック(35歳以上)

* 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「受診券」をご利用ください。

事業所名称

所在地

電話

申込責任者

(印)

保険証記号							
番号	(フリガナ) 受診者氏名	本人 家族	性別	生年月日 ()歳	実施医療機関	健診の種類 (○で囲んでください)	受診日
		本 家	男 女	S・H . ()歳		(健診) A・B・C (ドック) 1泊・1日	
		本 家	男 女	S・H . ()歳		(健診) A・B・C (ドック) 1泊・1日	
		本 家	男 女	S・H . ()歳		(健診) A・B・C (ドック) 1泊・1日	
		本 家	男 女	S・H . ()歳		(健診) A・B・C (ドック) 1泊・1日	
		本 家	男 女	S・H . ()歳		(健診) A・B・C (ドック) 1泊・1日	
		本 家	男 女	S・H . ()歳		(健診) A・B・C (ドック) 1泊・1日	
		本 家	男 女	S・H . ()歳		(健診) A・B・C (ドック) 1泊・1日	

●受診者一部負担金=生活習慣病予防健診A:1,500円/生活習慣病予防健診B:3,000円/婦人生活習慣病予防健診C:3,000円
 人間ドック:ドック料金(消費税を含む)から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)

●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でも受付けます。(FAX03-3400-3980)・利用申込書は、同様の書式であれば貴事業所で作成したものでも受付けます。

平成 年 月 日

【受付年月日】

セメント商工健康保険組合 殿

*コピーしてご使用ください。