

〔音羽健康〕	事務長	係

〔事業所〕	責任者	係

**人間ドック利用申込書**

申込者	ふりがな	保険証		性別	生年月日	年齢
	氏名	記号	番号	男・女	S 年 月 日	
		住所 〒		事業所名		H 年 月 日
		部署				
		〒				
受診希望日		① 年 月 日 ( )		② 年 月 日 ( )		③ 年 月 日 ( )
希望の医療機関 ① ②						
前回受診した年月及び医療機関 年 月 医療機関名				人間ドックは始めての方は○印を→		
受診する項目に○印をつけてください		○印	健保記入利用料金	健保記入欄		
健保負担	日帰り基本料金		/	1割負担小計	× 0.1	
	脳ドック(45歳以上)			A		
	ヘリカルCT検査(肺癌)					
	喀痰検査(肺癌)					
	内視鏡の差額(胃カメラ・バリウム)			超過分小計	× 1.0	
	子宮癌(細胞診)		/	B		
	CA125(卵巣・子宮癌)					
	乳癌(触診・エコー・マンモ)					
PSA(前立腺癌)		一部負担金		(A+B)×1.05		
1割	脳ドック(45歳未満)		円	合計	百円未満 切捨	
全額	脳ドック・40,000円超過分		円			
	ヘリカルCT検査・15,000円超過分		円			

※受診結果は皆様の特定健診・保健指導に活用するため、健康管理部署及び健保組合にも報告されることをご了承ください。

健保使用欄

PC 処理	台帳 記入	利用券	入金日	振 現	請求書
----------	----------	-----	-----	--------	-----

**領 収 書**

保険証記号番号

—

平成 年 月 日

様

¥

但し、人間ドック一部負担金として( / 受診分)  
上記正に領収いたしました

音羽健康保険組合