音羽健康保険組合殿

〔音羽健保〕

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	おとわ　はなこ	保険証		性別	生年月日	年齢
	氏名	音羽　花子	記号 16	番号 50	男・[✓ 女]	[✓ S] H ○○年　1月　1日	○○
	住所	〒 ○○○－○○○○ 東京都○○区○○町1－1 ℡ 000－000－0000			事業所名	会社名	
					部署	部署名	
					℡	111－111－1111	

受診希望日	①○○年　4月　4日　（○）　②○○年　4月　11日　（□）　③○○年　4月　18日　（△）
希望の医療機関	①　文京病院　　②　音羽健診センター

前回受診した年月及び医療機関				人間ドックは始めての方は○印を→	
○○年	○月	医療機関名	文京病院		

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]・バリューム）	○			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（前立線癌）				一部負担金	(A+B)×1.05
1割	脳ドック（45歳未満）	○	40,000 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