

「音羽健保」	係	「事業所」	係

PET-CT利用申込書

申込者	ふりがな	おとわ いちろう		性別	生年月日		年齢
	氏名	音羽 一郎		記号	S	〇〇年 4月 1日	〇〇 歳
				番号			
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		事業所名	会社名		
電話	000-000-0000		部署	部署名			
		東京都〇〇区〇〇町1-1		電話	111-111-1111		
受診希望日	①	〇〇年 4月 4日 (○)	②	〇〇年 4月 11日 (□)	③	〇〇年 4月 18日 (△)	
希望の医療機関	① 四谷メディカルキューブ		② メディチェック画像診断センター				
現在糖尿病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	糖尿病服薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	体内金属	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		

* 健保記入欄

決定日	年 月 日 ()
決定医療機関	

PET-CT契約医療機関

亀田健康管理センター	千葉県鴨川市東1344
所沢PET画像診断クリニック	埼玉県所沢市東住吉7-5
メディチェック画像診断センター	東京都江戸川区南小岩8-17-2
ゆうあい会	神奈川県横浜市港北区北新横浜1-6-2
四谷メディカルキューブ	東京都千代田区2番町7-7
西台クリニック画像診断センター	東京都板橋区高島平1-83-8

注. 検査終了後に「医療機関の発行した領収書」を「補助金請求書」に添付し各事業所または音羽健保の窓口を通じて提出してください。(コピー不可)

注. 検査費用(ただし基本検診=ベーシックコース料金に対して)の8割を「補助金」として支給します。計算結果の100円未満の端数は切り上げになります。

注. スタンダードコースを受けた場合はベーシックコースの料金内での補助金の計算をします。

注. 独自で希望して検診されたオプションは、補助金対象外になります。

*お問い合わせは—音羽健康保険組合 TEL3943-3407(内線69034)まで