

「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			性別	生年月日		年齢
	氏名			記号	番号	男・女	年 月 日
	住所 〒			事業所名			
		TEL		部署			
直近の会社の定期健康診断受診日				TEL			
年		月		日			
受診決定日				受診医療機関			
年		月		日			
受診する項目に○印をつけてください							○印
健保料金契約オプション	脳ドックMRI/AまたはCT検査						
	ヘリカルCT検査(肺癌)…肺の断層撮影						
	喀痰検査(肺癌)						
	内視鏡の差額(胃カメラ)…軽い麻酔剤使用の出来る医療機関あり。						
	子宮癌細胞診検査…経膈エコーがついている医療機関あり。						
	CA125(卵巣・子宮癌)検査						
	乳癌(エコー)検査						
乳癌(マンモ)検査							
PSA(前立腺癌)							

※事業所(会社)が行う「健康診断」に替えて受診することはできません。
 事業所(会社)の直近の健康診断を受診されていない方は、人間ドックの補助の対象外となりますので
 ご注意ください。

※受診結果は皆様の健康サポートに活用するため、健保組合にも報告されることをご了承ください。

※受診資格は受診日に40歳以上の方で、年度内に一度です。
 (複数日にわたっての受診は補助の対象となりませんので、ご注意ください。)

※受診医療機関はHP及びガイドブックに記載されている音羽健保契約医療機関に限ります。それ
 以外の医療機関で受診された場合は補助の対象外となり、全額自己負担となりますのでご注意
 ください。

※脳ドックはあくまで人間ドックのオプションとして受診して費用が発生したものに限りま。

※上記の健保契約オプションにつきましては健保料金ですが、その他のオプションを受診される場合
 は、一般料金となりますのでご注意ください。