

人間ドック利用承認書

| | | | | | | |
|---|--|---|----------|------------------|------------|----|
| 健康保険証 記号-番号 | 〇〇 - 〇〇〇〇〇 | 会社名 所属 | (株)〇〇〇〇〇 | どちらかに○をしてください | | |
| 受診者氏名 (今回利用される方) <small>※受診日に35歳以上の 被保険者・被扶養者</small> | ワカナ 〇〇〇 〇〇〇〇 △△△△ △△△△ | 生年月日 | 年齢 | 保険者との続柄 | | |
| 住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL △△△△-△△△△-△△△△ 葛飾区青戸××××× | | | | | |
| 検診年月日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | | |
| 医療機関名 と 受診コース | ・予約した医療機関・コースに○印をつけてください。 | | | | | |
| | 医療機関名 | コース | 日帰り | 日帰り + 脳ドック | 脳ドック 単独 | 1泊 |
| | 井上記念病院 TEL 043-245-8811 | | | | | - |
| | 船橋中央病院 TEL 047-433-5885 | | | | | - |
| | 神田クリニック TEL 03-3252-0763 | | ○ | | | - |
| | 津田沼中央総合病院 TEL 047-476-5134 | | | | | - |
| | 国際医療福祉大学 成田病院 TEL 0476-35-5602 | | | | | - |
| | 水戸済生会総合病院 TEL 029-254-9044 | | | | | - |
| 節目検診 | ・当年度末の年齢が次に該当する方は○印をつけてください。 | | | | | |
| ※被保険者(本人)のみ ※該当年度内のみ | 年度末年齢 | 50歳 | 55歳 | 60歳 | 65歳 | |
| | | | ○ | | | |
| 前回利用日 | 年 月 日 | 病院名 | (コース:) | | | |
| 承認年月日 | 令和 年 月 日 | 分かる範囲でご記入ください。 前回利用日から1年以上あけてください(脳ドックは3年以上) | | | 印 | |
| 病院証明欄 | 令和 年 月 日 | | | | 印 | |

注意事項

1. 太枠の中をご記入してください。
2. 本承認書は予約決定後、利用日の10日前迄に必ず健康保険組合へ提出してください。
3. 京成電鉄健康保険組合印のないものは、無効です。
4. 受診の際、本承認書を必ず受付窓口へ提出してください。提出しないと全額自己負担となります。
5. やむをえず取消または変更する場合は、速やかに医療機関へ連絡してください。
また、承認書受領後の取消は健康保険組合へも連絡してください。
6. 特定健康診断(家族・任意継続被保険者)を受けた方、受けられる予定の方はその年度は受診できません。
7. 各コースとも原則、前回の利用日から満1年を経過していない日の申し込みはできません。
8. 前回1泊コースを利用した方は、原則として日帰りコースを申し込みください。
9. 脳ドックを利用した方は、前回の利用日から満3年を経過していない日の脳ドックの申し込みはできません。
10. 利用資格を満たさない場合は全額自己負担となります。

| |
|-----------------|
| 健保記入欄(節目検診確認) |
| 【日帰】全額健保負担 |
| 【+脳】日帰りコース分健保負担 |

