

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>	フカナ 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					-
			節目健診 ※脳ドック単独・1泊は節目検診の対象外			
節目検診 <small>※被保険者(本人)のみ ※該当年度内のみ</small>	・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					
年度末年齢	50歳	55歳	60歳	65歳	○	
					対象者は○印をつけてください	
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			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. 当組合で承認後、京成電鉄健康保険組合印を押印のうえ返却いたします。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. 受診日に当健康保険組合の資格を喪失している場合は全額自己負担となります。
7. 原則次の①～④すべてを満たしていない場合、本承認書の対象外となります。
 - ①前回の利用日から満1年経過後であること。
 - ②前回1泊コースを利用した場合は満2年経過後であること。
 - ③今回脳ドックを利用の場合は前回脳ドック利用から満3年経過後であること。
 - ④家族・任意継続被保険者の場合は今年度中に特定健康診断を受診または受診予定でないこと。

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

