

人間ドック・婦人健診 申込書

送付先

郵便：〒150-0031
 東京都渋谷区桜丘町29番11号
 F A X：03-3461-9375
 文書メール：185-250

日本電気健康保険組合 疾病予防担当 行

平成 年 月 日提出

● 健診機関に予約をしてから、受診日前までに余裕をもって到着するように送付してください

| | | | |
|--|-------------------|---|------------------|
| | 健診コース (いずれかに○) | 人間ドック (日帰り・一泊) 婦人健診 | |
| | | ※ 人間ドックのコースに婦人科(乳がん・子宮がん)のオプションをつけた場合は「人間ドック」で申込み | |
| 被 保 者 | 被保険者証 記号・番号 | 記号 | 番号 |
| | 被保険者 氏名 | (フリガナ) | |
| | | 会社名 (任意継続加入の方は空欄で結構です) | |
| | | 所属 | |
| 入 欄 | 自宅住所 | 〒 - ※ 健診案内送付のため正しく記載してください | |
| | | Tel (携帯) - - | |
| 記 入 | 受診者氏名 | (フリガナ) | 続柄 生年月日 |
| | | | 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 欄 | 健診機関名 | 健診機関コード () | |
| | 受診年月日 | (西暦) 年 月 日 | (前回受診日) 年 月 日 |
| 自己負担分を被保険者の給与から控除することを了承します。 尚、本内容に不服のある方は、疾病予防Gまでお申し出ください。 | | | |

【ご注意】

- ・ 健診機関から健康保険組合に「健診結果」が報告されることに同意した方がご利用いただけます。
- ・ 健診機関へ受診予約後、本申込書で健康保険組合へ申込みください。
- ・ 契約内容以外の健診項目、オプション検査料金は、受診日に健診機関窓口でお支払いください。
- ・ 任意継続の被保険者および扶養者の方は、自己負担分を受診日に健診窓口でお支払いください。
- ・ 被保険者は、生活習慣病健診(がん検診)を受診した年度の利用はできません。
- ・ 詳細は健康保険組合ホームページ(<http://www.neckenpo.or.jp/>)でご確認ください。

| |
|------------|
| 受付日(健保使用欄) |
| |