

事業所住所
事業所名称
事業主

印

人間ドック利用申込書

記号・番号	110	・	123	事業所の名称	〇〇〇株式会社			
被保険者氏名	健保 三郎	男・女	生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日				
被保険者住所	〒 000-0000 東京都中央区日本橋本町〇〇〇 TEL. No. 03-0000-0000							
利用者 氏名	リガネ ケンボ サブロー 健保 三郎	男・女	生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	年齢	〇 才		
コース	日帰りドック			一泊ドック				
受診年月日	〇 年 〇 月 〇 日 (〇)			年 月 日 ()				
病院名	〇〇〇病院							
病院連絡先	〒 000-0000 東京都千代田区〇〇〇 TEL. No. 03-0000-0000 担当者 〇〇〇〇							
オプション検査名	肺がん(CT)検査							
料金	基本料金	38,000円		オプション料金	10,000円			
	合計料金	48,000円		自己負担額	2,000円			
病院承諾の有無	有 ・ 無							
備考								

※ 日帰りドック : 46,000円(上限) 基本+オプション料金で上限を超えた分は自己負担

一泊ドック : 64,000円(上限) 基本+オプション料金で上限を超えた分は自己負担

※ 人間ドック受診者は会社での集団健康診断は受診できません。

以上のおり利用したいので申し込みいたします。

医療機関による健康保険組合への健診結果表及び費用に関する個人情報の提供に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者の氏名 : 健保 三 郎

印

※ 健保事務担当者へのお願い : 予め健保組合の承諾を得てください。