

御中

過日被保険者より電話にて予約済みの件、健康保険組合にて資格確認を行い改めてFAXいたしました。ご確認をお願いします。
尚、予約の重複とならない様、ご注意願います。

石塚硝子健康保険組合

TEL 0587-37-2410 / FAX 0587-66-2668

FAX済み

石塚硝子健康保険組合 御中

令和 年 月 日

ドック 補助申請書 (各自予約を取った後に提出)

※人間ドック及び脳ドックの健診結果は、受診者及び健康保険組合に送付されます。健康保険組合は個人情報保護のため守秘義務を負っています。

申請者 (【本人】被保険者について)

※自署の場合印は省略可

会社名	支店/工場	所属	健保番号	枝番	氏名	印
			-			

令和 年 月 日 ご担当 様に下記の通り予約しました。

受診日	【健診機関】 (場所)	○で 選択	○で 選択	受診者氏名	性別	生年月日	追加項目
年 /		人間ドックのみ 脳ドックのみ 人間&脳ドック	本人・家族		男・女	年 /	胃カメラ 婦人科 他

受診者住所

【契約健診機関】 ※ドック契約健診機関一覧表 参照 健保HP: <https://ishizuka.kenpo.co.jp> 申請書一覧F00
※予約に不安を感じる方は、各拠点の総務などの窓口にご相談ください。

※ご確認の上、チェック☑をお願いします。

- 予約時に、「石塚硝子健康保険組合 の補助を使用する」と健診機関へ伝えた。
- 受診者毎に、1枚記入した。
- 予約内容の項目に漏れは無い。
- この予約は、補助に該当することを確認した。(※下記の条件に該当しない場合は、全額自己負担となります。)

【補助対象者と条件】 ※受診日時点で、石塚硝子健康保険組合の被保険者及び被扶養者であること

<p><人間ドック></p> <ul style="list-style-type: none"> ・35歳以上の被保険者【本人】、被扶養者【家族】 ・年度内一回のみ(受診日基準) 	<p><脳ドック></p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者【本人】のみ (年齢制限なし) ・2年度に一回のみ(受診日基準) 【受診状況は、健保へ照会可】
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【個人負担について】 ※基本契約以外のオプション検査料は個人負担、胃カメラへの変更費用も個人負担

<p><人間ドック> a 一部負担金1万円(税込)</p>	<p><脳ドック> b 基本費用の半額</p>	<p><人間ドックと脳ドックを同時に受ける場合> a + b</p>
-----------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------------

