

人間ドック利用申込書

本申込書はWeb申込ができない場合のみ使用できます。使用することはできない理由をご記入下さい。

次の理由により 本申込書を使用します。 ※理由のない場合もしくは理由が不適当と健保が判断した場合、本申込書では受付できません。	
パソコン・スマホ等の機器を所有していない。もしくは故障等で使用できない。	Web回線等が使用できない。
その他理由 (具体的に)	

要 事	下記理由により令和3年度より受診期間(費用補助期間)が9月末までとなりました。早めの受診をお願い致します。 ・特定健診の受診率及び特定保健指導 ^{※1} の実施率が低いと後期高齢者支援金 ^{※2} が加算されてしまう為。 ※1 40歳以上で、メタボと判定された方に対して実施する生活改善支援で初回面談を当該年度内に実施する必要がある。 ※2 75歳以上の医療制度を支える為、被保険者様からの保険料で納めています。
--------	---

京葉ガス健康保険組合 御中

※ 太線で囲んだ項目をご記入および押印してください。

事業所名 ・ 部署名	出向者の方は、出向元事業所名、部署名を記入してください。	提出日: 令和6年 月 日	
被保険者 氏名	※右の教示文をご確認の上、記名捺印願います。		【教示文】 被保険者様の定期健康診断および人間ドックの結果・問診票は、当健康保険組合も健診機関より受領し、健康保険組合が「健康保険法」および「高齢者の医療の確保に関する法律」に則り被保険者等の健康の保持増進の為に行う施策、事業主(会社)が「労働安全衛生法」に則り従業員の安全と健康を確保する為に行う施策を各々実施する為相互に共同利用させていただきますので予めご承知おきください。
(出向先) ・ 連絡先 TEL	出向者の方はこちらに出向先会社名、部署名を記入してください。 平日の日中に連絡可能な電話番号		

受診者・受診項目・受診日・医療機関・確認事項等	被保険者証の記号と番号		記号		番号	
	受診者氏名	氏名	フリガナ	続柄	性別	生年月日
		住所	〒			
	受診項目	医療機関から連絡をする場合に使用します→ TEL				
		人間ドック希望コース 【 1泊2日・通い2日・日帰り 】 (いずれかを○で囲んでください。) (1) オプション検査の希望 【 する・しない 】 ※オプション検査を希望される場合は「する」を○で囲み、医療機関に申し込まれた検査項目を記入してください。 例: *MRI・CT[頭・胸・肺] *胃内視鏡検査に変更 *大腸内視鏡検査 (2) 女性の場合婦人科検診の希望 【 する・しない 】 ※婦人科検診を希望される場合は「する」を○で囲み、医療機関に申し込まれた検査項目を、全て○で囲んでください。 ① 子宮がん検診(・頸部細胞診・体部細胞診・経膈超音波・HPV・その他) ② 乳がん検診(超音波・マンモグラフィー・その他) ※触診検査のみの場合は、補助対象外となります。				
受診予定日 および 医療機関名	受診予定日	令和 6 年 月 日() ~ 月 日()				
確認事項	本年度の定期健康診断を 【 受診した・受診していない(しない予定) 】 いずれかに○					

健保使用欄

Web処理	令和6年 月 日 入力済
-------	--------------

健保受付欄

--