

人間ドック申込書(受診時40歳以上)

令和6年4月改訂

私は、大阪府電気工事健康保険組合が保健事業として行う人間ドックの健診結果を、健康管理の目的で健康保険組合および事業主が活用することに同意し、健診申込詳細確認のうえ、健診料金を添えて、申し込みたいです。

受診希望医療機関に○をつける、もしくは記入し、太枠内の必要事項をすべてご記入ください。

① 直接契約機関					
受診希望機関	1. 住友生命人間ドック総合健診システム	2. 福慈クリニック	3. 中之島クリニック	4. 船員保険大阪健康管理センター	
	5. 関西労働保健協会アクティフ健診センター	6. 多根クリニック	7. 大野クリニック	8. みどり健康管理センター	
	9. 一翠会千里中央健診センター	10. 関西労働保健協会千里LC健診センター	11. 全日本労働福祉協会東海診療所	12. 那須クリニック	
② 東振協契約機関			③ 健保連契約機関		
<p>※③健保連契約機関を希望される方へ…健保連と東振協の双方で契約のある健診実施機関で受診される場合は東振協契約コースでの受診となります。健診実施機関リスト等詳細はホームページをご覧ください。http://www.denkikoujikenpo.com</p>					
確認事項	<p>下記チェック欄に✓してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 胃部検査(バリウムまたは胃カメラ)を含め所定のすべての検査項目を受診します。当日受診できない場合は受診日を変更して受診するか、全額自費にて受診することに同意します。</p>				
記号番号	フリガナ		フリガナ		被保険者
	被保険者氏名	男・女	受診者氏名	<受診者が被保険者の場合は省略可> 男・女	
番号	生年月日	昭 年 月 日 歳	生年月日	昭 年 月 日 歳	被扶養者
	受診日	令 年 月 日 ()	〒 - - - - -		
一部負担金等	25,000円		自宅	電話番号 (- - - - -)	
	追加健診(自費)、胃カメラとの差額については直接医療機関にお支払いください。金額、検査項目等は医療機関へご確認ください。			事業所	〒 - - - - -
支払方法	①現金		事業所		電話番号 (- - - - -)
	②振込			事業所	電話番号 (- - - - -)
りそな銀行 大阪営業部 (普) 6160102 大阪府電気工事健康保険組合		事業所名			

申込要項・注意事項等

- ・受診時40歳以上の方が対象です。
- ・直接医療機関に予約を取り、**健保組合**に申込用紙を送付、またはFAX送信してください。(健保連、東振協契約機関については、当健康保険組合ホームページから検索してください)
- ・この申込書に一部負担金を添え、受診予約日の2週間前までにお申し込みください。入金確認、健康保険組合から医療機関への連絡をもって予約完了とします。(入金の確認できない・事前申し込みがない場合、健診の補助はできません。自費での受診となります)
- ・翌年4月1日以降(新年度)に受診する健診の一部負担金は、新年度に入ってからのお支払いをお願いします。
- ・追加検査を受ける場合は、別途医療機関でお支払ください。
- ・同年度中に特定健診、生活習慣病健診を受診される方は、人間ドックの補助は受けられません。(年度内いずれかひとつ)
- ・受診当日体調不良などで一部検査が受けられない時は年度内に受診日を変更してください。
- ・ご提供いただきました申込情報は、個人情報保護法を遵守し、利用目的以外には使用致しません。

請求書は発行しません。申込と同時に一部負担金を健康保険組合までお支払いください。振込の場合、領収証は発行いたしませんので、振込明細は大事に保管願います。