

人間ドック・脳ドック(脳検査)利用申込書

【 】
↑必ず(新規・変更)を選んでください

※受診者が契約健診機関に予約した後、受診日の前日までに、本申込書を健保組合に送付してください。

本申込書を提出せず、受診した場合は全額個人負担となり、30,000円を後日請求しますので、ご注意ください。

なお、契約外機関で受診する場合は、仮予約後当申込書で健保組合の了承を得て、その後に正式予約してください。**(契約以外の場合は、近隣に受診機関が存在しない等特殊な場合に限り)**

※受診者が本人と配偶者の場合は、申込書を別々に作成してください。

nichiryokenpo@nta.co.jp

FAX:03-6895-8393

【重要】人間ドックを受診する被保険者の健診結果は、労働安全衛生法第66条の5及び受診者の健康保持、増進のために**事業主と共同利用**することを了承いただいた上でお申し込みください。

(フリガナ)		記号・番号	—
被保険者氏名			
会社名		TEL	
勤務箇所名			

(フリガナ)		生年月日	(西暦) ↓記入例: 1988/3/31	女
受診者氏名				歳
続柄	本人			
連絡先	TEL:		E-mail:	

【予約内容 A < 人間ドック >】 受診日 _____ 曜日 _____

A		①東振協契約	②健保直接契約	③健保直接契約 + 脳検査(オプション)	④契約外(事前承認要)
健診機関名	TEL: _____ 受付担当者: _____				
婦人科健診(オプション)	乳がん健診		子宮頸がん健診		

【予約内容 B < 脳ドック >】 受診日 _____ 曜日 _____

B		①東振協契約	②健保直接契約	③スマート脳ドック
---	--	--------	---------	-----------

※脳ドックの健診機関がAと異なる場合は下記【連絡事項等】欄にご記入ください

【連絡事項等】 変更申請の場合は変更の内容をご記入ください(受診日、健診機関、オプション検査等)

--

【※A-④契約外の健診機関で人間ドックを受診しなければならない理由】 ※健保組合の事前承認が必要

理由: _____

< 健保組合記入欄 >

結果報告受付日	年	月	日
支払日	年	月	日

決議	常務理事	事務長	課長	担当者

健保組合受付印
