

人間ドック・脳ドック(脳検査)利用申込書 【 新規・変更 】

必ず(新規・変更に○)入力してください

※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です)

※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。

nichiryu_kenpo@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、
 普進のために**事業主と共同利用**することを右記に了承いただいた上でお申し込みください **【了承・不承知】**

※了承いただけない場合、全額自己負担となる場合があります。必ず入力(どちらかに○)してください↑

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

(フリガナ) 受診者 氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日	男・女 歳
続柄	本人・配偶者			
連絡先	TEL:		E-mail:	

【予約内容 A < 人間ドック >】 受診日 年 月 日 (曜日)

①東振協契約 / 人間ドック	②健保直接契約 / 人間ドック	③健保直接契約 / 人間ドック + 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	1.受診する	2.受診しない
	子宮頸がん健診	1.受診する	2.受診しない

【予約内容 B < 脳ドック >】 受診日 年 月 日 (曜日)

未該当	①東振協契約 / 脳ドック	②健保直接契約 / 脳ドック	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
