

人間ドック等利用申込書 兼 人間ドック等補助金請求書

常務理事	課長	係

人間ドック等利用申込書（必要事項を全て記入してください）

健康保険の 記号・番号	—	受診者氏名	フリガナ		
区分 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)	生年月日	昭和 平成	年	月 日
性別 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	連絡先	TEL	—	—
受診日	令和 年 月 日	健診機関名			
コース (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 一泊	健診費用 (基本料金のみ記入)	円		
同意書 (必ず☑してください)	<input type="checkbox"/> 以下のことについて同意し、人間ドック等の利用を申込みます。 ・当組合が健診機関にこの利用申込書の記載内容について連絡すること ・当組合が健診機関から健診結果の報告を受けること ・健診結果において保健指導の対象となった場合は当組合が行う保健指導を受けること				
備考					

人間ドック等補助金請求書（補助対象となる方のみ記入してください）

補助対象確認欄 ※対象者の条件を確認して☑し、年齢を記入してください					
<input type="checkbox"/> 補助対象となる条件①②の両方に該当します。 ① 当年度4月1日時点・受診日時点で当組合の資格がある ② 35～74歳の被保険者（任意継続被保険者を除く）である * 年度内（4/1～翌年3/31）に35歳になる方を含む					当年度末（3/31）時点の年齢 歳
補助金を受け取る金融機関 ※受診者名義（委任する場合は代理人名義）の口座を記入してください					
銀行・金庫 組合・農協			(支)店 出張所 営業部	普通・当座	
口座 番号			口座名義	フリガナ	
受取代理人の欄 ※補助金の受取りを代理人（会社等）に委任する場合に記入してください					
この補助金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			代理人 氏名		
受診者氏名（自署）			住所		

〔個人情報保護について〕

- ◎健康保険組合は、受診者の情報を保健指導に活用いたします。
- ◎健康保険組合は、本人の承諾を得ずに検査結果を第三者に提供・開示することはありません。

〔注意事項〕

- ◎健診結果等の記載内容に不備がある時は、健康保険組合から健診機関へ内容の確認をさせていただく場合がございます。
- ◎健診結果の内容により、健康保険組合からご連絡させていただく場合がございます。
- ◎健診結果より特定保健指導の対象となられた方には、委託業者からご連絡させていただく場合がございます。対象となられた方は必ず保健指導を受けてください。