

係員

令和4年度 人間ドック利用申込書

兼 健診結果提供の同意書

～40歳以上74歳の被保険者・被扶養者対象～

※ ご予約後、健康保険組合へご提出ください ※

記号			事業所名			
番号						
(フリガナ)利用者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 任継
生年月日	昭和	年	月	日	年齢	
電話番号			承認書送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅	※ 本人は事業所へ送付します	
自宅住所	〒		承認書送付先が「事業所」の場合は記入不要です。			
健診施設名			受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
利用年月日	令和	年	月	日 ()	健診施設へ予約済み	<input type="checkbox"/>
追加に☑	<input type="checkbox"/> 胃カメラに変更		<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 鎮静剤	※追加料金がかかります (一部追加料金なし)
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波		※ 超音波とマンモグラフィーを両方受診する場合は、受診者負担があります。			
	<input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィー		※ その他のオプションは自己負担となります。			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診					
<input type="checkbox"/> その他のオプション		()				

下記をご確認のうえ、健診結果の提供に同意いただきますようお願いいたします。

- 上記健診機関に申し込むとともに、私の健診結果を神奈川県建設業健康保険組合へ直接提供することについて。
- 健診結果を基に、事業所と健康保険組合が協働で保健事業に取り組むことについて。

同意する 令和 年 月 日

個人情報の保護を厳守し、保健事業を推進するための目的以外使用しません。

※左枠をご入力いただくと右枠は自動入力されます。手書きの場合は左右枠ご記入ください。

令和4年度 人間ドック利用承認書

受診者負担額： ¥18,700 (税込)

※ 当日はこの承認書と保険証をご提出ください ※

記号		番号	
(フリガナ)利用者氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 任継		
健診施設名			
利用年月日	令和	年	月 日 ()
追加に☑	<input type="checkbox"/> 胃カメラに変更 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 鎮静剤		
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波		
	<input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィー		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診		
<input type="checkbox"/> その他		()	
神奈川県建設業健康保険組合			
〒231-0011 神奈川県横浜市中区太田町2-22			
電話：045-201-9447 / FAX：045-212-5430			
・オプションについては、受診者負担です。 ・利用日の変更や取消が生じた場合は、必ず健康保険組合へお申出ください。			