

レディース人間ドック利用申込書

※ 被扶養者の方は、事業主記入欄の証明および経由は省略できます。

事業主記入欄	事業所名称	(印)
	事業主氏名	
	電話番号	

◎申込書は、健診日の2週間前までに事業所を経由し当健保組合に提出してください。

◎健診料金は、健診日までにお振り込みください。

健診機関名称 及び 所在地	医療法人東和会 第一東和会病院 健診センター 569-0081 大阪府高槻市宮野町2-17 TEL 072-671-1035 (☎予約申込番号)				
受診日	平成 年 月 日 ()				
健康保険 被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和	年 月 日
受診者氏名	(フリガナ)		性別	年度末年齢	受診者区分
			女	歳	被保険者・被扶養者
現住所 及び 電話番号	〒 _____ TEL _____				
自己負担額	一律 8,000円		<input type="checkbox"/> ○印をご記入ください		
支払方法	① 健康保険組合 窓口払い	② 銀行 振込	振込 先	三菱UFJ銀行 船場支店 (普)0300401	
				三井住友銀行 船場支店 (普)0966058	
				りそな銀行 大阪営業部 (普)7339059	
				みずほ銀行 船場支店 (普)1043637	

上記のとおり予約が完了しましたので、自己負担額を添えて申し込みます。

(1) 当健保組合が健診機関から健診結果の報告を受けることに同意します。

(2) 健診結果より保健指導の対象となった場合は、当健保組合が行う保健指導を受けることに同意します。

平成 年 月 日 受診者氏名 (印)

大阪装粧健康保険組合 様

※受診者本人が自ら署名する場合には、受診者の押印は不要です。

[注 意 事 項]

◎レディース人間ドック助成対象者について

- ・当健保組合に加入している40歳以上の「被保険者」および「被扶養者」の女性。
(年度内に40歳になられる方を含む)

◎オプション検査について

- ・胃検診は胃内視鏡(胃カメラ)です。なお、X線検査(バリウム)に変更することもできますが、変更を希望される場合は事前に健診機関へ申し出てください。なお、変更による差額徴収はございません。
- ・その他のオプション検査を同時に受けることもできますが、オプション代金は健診機関にてお支払ください。

◎お願い

- ・お申込内容に変更がありましたら、当健保組合までご連絡ください。なお、「お申込内容の変更」や「健診料金のお振込」がない場合には、受診できない場合もありますのでご了承ください。

《個人情報について》

※健診結果については、組合が実施している保健指導・健康相談などの事後フォローおよび、統計資料等に必要不可欠なため、健診機関より健保組合へ報告されることとなっておりますので、人間ドック利用申込にあたりましては、あらかじめ御了承ください。健診機関より提供を受けた健診結果は、個人情報保護法ならびに当健保組合個人情報保護管理規程を遵守し、組合が実施している健康管理業務以外に使用することはありません。