

# 令和2年度 レディース人間ドック利用申込書

**[ 必須事項 ]**  
健保組合への申込及び自己負担額の支払いは、**健診日の2週間前まで**にしてください。  
\* 被保険者は、事業所を経由し提出してください。

事業主記入欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

※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。

健診機関 受診される健診機関に○印をしてください	医療法人東和会 第一東和会病院 健診センター (☎予約申込番号) 大阪府高槻市宮野町2-17 <b>072-671-1035</b>				
	一般社団法人オリエントラ労働衛生協会 大阪支部 (☎予約申込番号) 大阪市中央区久太郎町1-9-26 船場ISビル2F <b>06-6266-6440</b>				
受診日	令和 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	
	(フリガナ)		性別	年度末年齢	受診者区分
受診者氏名			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		↓ いずれかの口座にお振込みください。 ○印をご記入ください。		
支払方法	① 健康保険組合 窓口払い(現金)	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。  
また、下記(1)(2)の内容について了解いたしました。そのうえで健診を受けることに同意します。

- (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。  
(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。

令和 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)
- ◎胃の検査について  
「第一東和会」・・・原則、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。  
「オリエントラ労働衛生協会」・・・原則、X線検査(バリウム)です。胃内視鏡(胃カメラ)に変更することもできますが別途費用が必要です。  
胃カメラ変更の差額は、健診申込時にご確認のうえ健診機関にてお支払ください。
- ◎オプション検査について  
・オプション検査を同時に受検することも可能ですが、オプション代金等は健診申込時にご確認のうえ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、健診機関及び当健保組合までご連絡ください。なお、「変更連絡のない場合」・「申込書の提出期限を過ぎた場合」・「健診料金のお振込がない場合」には、受診または受診費用の補助が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に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。