

## 人間ドックの実施について（お願い）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は弊組合の保健事業運営に関し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、弊組合では疾病予防対策の一環として、35歳以上の被保険者および被扶養配偶者を対象に、人間ドックの受診を奨励しております。

つきましては、本書持参の者が貴機関での人間ドック受診を希望しておりますので、下記のお願事項をご一読いただき、よろしくお取り計らいくださいますよう、お願い申し上げます。

敬 具

記

### 【お 願 い 事 項】

#### 1. 検査項目について

検査項目については、弊組合から、特段の検査項目指定はいたしませんので、受診者の希望する貴機関の設定のコースで実施願います。

#### 2. 受診費用ならびに受診証明書について

受診費用については、受診者本人が窓口にて全額をお支払いいたしますので、貴機関所定様式の領収証発行をお願いいたします。

あわせて、受診者本人が持参する「人間ドック受診証明書 兼 費用補助申請書（弊組合様式）」の「健診機関記入欄」に記載いただき、ご捺印（健診機関印および証明者印）後、受診者本人へ直接お渡しくくださいますようお願いいたします。

#### ○受診証明書への記入内容

- 人間ドックの受診内容および費用等についてご記入ください。  
なお、費用補助の算定に必要ですので、基本コース以外のコースを受診した場合は、基本コースの料金もご記入下さい。
- 「オプション項目」は補助対象外ですので、費用に含めないでください。
- 基本コースに婦人科検診項目が含まれ、「婦人科検診」欄に記入した場合は、人間ドック合計欄は当該費用を除いた金額をご記入ください。
- 「婦人科検診項目（子宮頸部細胞診、マンモグラフィ、乳房エコー）」を実施された場合は、「婦人科検診」欄にご記入ください。
- 「証明者」については受診証明書へ内容を記載された方とさせていただきます。  
(注) 文書料は個人負担のため受診費用に含まないでください。

#### 3. 検査結果通知について

検査結果については、受診者本人へ直接ご通知くださいますよう、お願いいたします。

#### 4. 問い合わせ先

四国電力健康保険組合 健診担当まで（直通TEL：050-8801-2783）

以 上

受診者記入欄

申請日 平成 年 月 日  
(注)記入欄はエンピツ書き不可

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	申請印
会社名			所属名	
日中連絡可能な連絡先			電話 ( ) -	
被保険者住所				
受診者 氏名	フリガナ	生年 月日	昭和 年 月 日	性別
	漢字	H29年3月31日 時点の年齢	歳	被保険者 との続柄
人間ドック検査結果の事業主健康診断への代用について、承諾の有無を○で囲んで下さい。(被保険者のみ) ※回答がない場合は、申請を受付することができませんのでご注意ください。				①承諾する ②承諾しない

(1) 四電健保に費用補助を申請する際の添付書類 (必須) … 質問票(問診票)、人間ドック検査結果 (写)  
 (2) 四電健保の補助対象は基本コースとする。  
 (3) 事業主の定期健康診断に代用を「承諾する」を選択した場合のみ、健保より人間ドック検査結果(写)を直接事業主へ提供します。  
 (出向者の方は、出向先に検査結果のコピーを提出ください。)  
 ◎本申請書および検査結果等の証拠書類にて取得した個人情報、は、健診事業運営のために使用し、上記(3)を除き、その他の用途には使用しません。

健診機関記入欄

1. 人間ドック (基本コースに婦人科検診項目が含まれ、下記婦人科検診欄に記入した場合は当該費用を除く)

受診日	平成 年 月 日 (曜日) ~ 平成 年 月 日 (曜日)	日帰りコース	
		2日コース	
受診費用	円	合計	円
消費税	円		

(注) 1. 文書料は個人負担のため、受診費用に含まないで下さい。  
 2. 消費税が受診費用に含まれている場合は記入不要です。

ドックのコース (該当する方に☑)

基本コース受診  基本コース以外受診

費用補助算定に必要ですので、貴機関の人間ドック基本コースの料金をご記入下さい。[該当する方だけで結構です。]  
 (日帰り基本コース 円、2日基本コース 円)

2. 婦人科検診 (基本コースに含まれる婦人科検診項目費用(別掲)、または オプション項目費用)

検査 項目	子宮頸部細胞診	有・無	円	消費税	円
	マンモグラフィ	有・無	円	合計	円
	乳房エコー	有・無	円		

(注) 1. 婦人科検診項目 (子宮頸部細胞診、マンモグラフィ、乳房エコー) を実施した場合、当欄にて証明ください。  
 2. 消費税が検診費用に含まれている場合は記入不要です。

以上のとおり証明する。 住 所

平成 年 月 日 健診機関名 ㊞

証 明 者 ㊞

(留意事項) 記入内容を訂正する場合は、二重線を引いて証明者の訂正印を押印ください。(修正ペン等は使用しないでください)

健保組合記入欄

<健保補助額計算>

	基本コース	子宮頸がん (子宮頸部細胞診)	乳がん (マンモグラフィ)	乳がん (乳房エコー)	健保補助額合計	円
健診費総額	円	円	円	円		
健保補助額	円	円	円	円		
個人負担額	円	円	円	円		

受付	登録	支払