

黄色の欄・箇所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

受診者記入欄

申請日 平成〇〇年 〇月 〇日

(注)記入欄はエンピツ書き不可

① 被保険者証 記号・番号	記号	4000	番号	12345	被保険者 氏名	健保 太郎	申請印	
会社名	四国電力株式会社			所属名	人事労務部 従業員サービスセンター			
日中連絡可能な連絡先				電話	(087) 888-1234			
被保険者住所	〒760-0000 香川県 〇〇市 〇〇町 〇-〇〇							
② 受診者 氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ			生年月日	昭和 41年 5月 1日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
	漢字	健保 花子			平成〇〇年3月 末の満年齢	〇〇歳 (35歳以上のみ)	被保険者 との続柄	妻

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

<記入時の注意事項>

- ①被保険者の情報をご記入ください
- ②健診を受診した方の情報をご記入ください

※田向者の方は、田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、健診事業運営

被保険者の方のみ、検査結果の事業主健康診断への代用について、承諾の有無を選択し、○で囲んでください。
(※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下さい。)

健診機関記入欄

1. 人間ドック

受診日	平成 年 月 日(曜日) ~ 平成 年 月 日			泊
受診費用	円	合計	円	
消費税(注)	円		円	
文書料は個人負担のため、受診費用に含まないで下さい。				
ドックのコース (該当する方にレ)	<input type="checkbox"/> 基本コース受診	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、1泊基本コース 円)		
	<input type="checkbox"/> 基本コース以外受診			

(注)消費税が受診費用に含まれている場合は記入不要です。

2. 人間ドック「オプション項目」※

オプション項目受診の有無	有	無	「有」の場合は次の欄へ項目・金額を記入ください。 例:(頭部MRI)[〇〇,〇〇〇円]	
() [円]	() [円]	() [円]	() [円]	() [円]
() [円]	() [円]	() [円]	() [円]	() [円]

※オプション項目等は健保補助対象外ですが、検査結果との照合に必要ですので、内容記入についてご理解、ご協力をお願いいたします。

※「婦人科検診(子宮がん・乳がん)」を実施した場合、当欄にご証明ください(別紙「婦人科検診申請書」へのご証明は不要です)

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	子宮がん	乳がん	健保補助額合計	円		
健診費総額	円	円	円	受付	登録	支払	
窓口負担額	円	円	円				
健保補助額	円	円	円				