

提出日: 年 月 日

株式会社アム・ネット
 カスタマーリレーションズグループ 宛
 FAX: 81-3-5540-6101 TEL: 81-3-5540-6100
 mail: support@am-net.co.jp

味の素健康保険組合一時帰国時人間ドック・健診申込書

被保険者の方の費用補助上限額は30,000円までに変更になっておりますのでご注意ください ※太枠内をご記入ください。

受診区分		①人間ドック ②単独検診 胃・大腸・肺(2つまで可)、脳(1つのみ) ③基本検診 ④婦人科検診(マンモまたはエコーと子宮細胞診)								
被 保 険 者	フリガナ			保険証記号			保険証番号			
	氏名									
	会社名 (出向先)			勤務地			連絡先 TEL			
受 診 者	フリガナ					被保険者との続柄	年齢			
	受診者名	上記と同じ場合は記載必要なし						()歳		
	生年月日	T・S・H	年	月	日	申請理由	1. 海外勤務者本人 2. 海外帯同家族 3. その他			
	一時帰国予定日		年	月	日	日本の電話番号				
	日本滞在時住所	(〒 -)								
	案内書送付先 ※宛先まで ご記入ください	(〒 -)				結果送付先				
医 療 機 関	健診機関名	第一希望				(1)契約医療機関 / (2)契約外医療機関	立替払い金額 (2)のみ			
		第二希望				(1)契約医療機関 / (3)契約外医療機関				
		第三希望				(1)契約医療機関 / (3)契約外医療機関	円			
	受診予定日	第一希望		年	月	日	オプション項目 ※選択ください。			
		第二希望		年	月	日	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡 <input type="checkbox"/> 前立腺検査(PSA) <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 肺部ヘリカルCT <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> 脳検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮細胞診			
		第三希望		年	月	日				
提出書類	<input type="checkbox"/> 本申請書(全員) <input type="checkbox"/> 精算書・領収書・結果のコピー(該当者)									

※アム・ネット記入欄

決定健診機関名	
決定受診日	年 月 日

- 注意**
- * 海外の医療機関での受診はできません。一時帰国時にご受診ください。
 - * 受診は年一回です。(4月～翌年3月末日)
 - * オプションは、胃部内視鏡・前立腺検査・骨密度・肺ヘリカルCT・大腸内視鏡・脳検診・婦人科検診のみとなります。
 - * 年度末は健診機関が混み合いますので、なるべく早めに受診してください。
 - * 受診希望日の3週間前までに申込書をお送りください。
- 医療機関で受診する場合、当日お支払いいただく必要はありませんが、規定上限を超えた場合と、健保指定項目(必須、任意)以外は自己負担となり、検診キットや結果については国内住所に送りますのでご注意ください。
- * 契約外医療機関等で受診する場合は、ご本人様で費用を立替いただきます。後日、立替精算を行いますので、領収書を必ず発行してもらい、下記の立替払い精算書に必要事項をご記入ください。受領後、領収書、結果のコピー、精算書をアム・ネットに送付ください。

■ 立替払い精算書 (該当者)

* 契約医療機関以外で受診された方は必ずご記入ください。

フリガナ			領収書送付合計	金額	
氏名 (申請者)			枚	円	
振込み指定口座	銀行	支店 本店	種目 (普通)		
	信用金庫		フリガナ		
	信用組合		口座名義		
口座番号					