

各事業場人間ドック担当者様へ

婦人科

PSA 検査・ABC 検査

書

健康保険証の氏名の上をご覧ください

任意継続の方は記入不要です

*太枠内を全てご記入ください。領収書（原本）は裏面に糊付けしてください。

被保険者証 の記号及び 番号	記号	番号	事業場 の名称	1. 株式会社ダイセル（事業場名）							
				2. ポリプラスチックス株式会社							
				3. ダイセル新井ケミカル株式会社							
				4. その他Gr会社（会社名）							
利用者氏名				生年 月日	昭 平 令	年	月	日	続柄	本人 家族（ ）	男 女
利用者住所	〒 ()										
受診項目	婦人科検診・脳ドック・PSA 検査・ABC 検診										
受診日	年 月 日			受診病院名							
ダイセル健康保険組合理事長殿											
上記の利用補助を申請致します。											
年 月 日											
被保険者氏名											

被保険者（本人）の署名

<健康保険組合使用欄>

この欄は、健保組合が使用します

※負担額①が補助額②を下回る場合は負担額①の金額

*婦人科項目・ABC 検診の補助は全ての被保険者・被扶養者が年齢制限なく対象となります（毎年補助）。

*脳ドックの補助は、50 歳以上の被保険者（本人）のみ 3 年に 1 回対象となります。

*PSA 検査の補助は、50 歳以上の被保険者・被扶養者が対象となります（毎年補助）。