# 健康診断受診予約報告書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号番号 | 1010ー 1234 | 所属事業所 | ㈱日本触媒　本社 | |
| フリガナ<br>受診者名 | ニッショク　タロウ<br>日触　太郎 | 生年月日<br>年　齢 | 1960　年　6　月　9　日　54　才 | |
| 受診者の役職名又は職　種 | ○○部 | 現在までに健康診断を利用した回数<br>（受診機関別に） | | 回<br>回<br>回 |
| 受診者住所 | 〒　541　－　0043<br>大阪市中央区高麗橋4-1-1 | | | |
| 電話番号 | 06-6223-9×××　（内線　71-999　） | | | |

**申込方法・・・・ 直接健診機関に電話し①②を告げ、日時と健診コース、ご希望の③④をご予約下さい。**

①健保名：日本触媒健康保険組合
②代行機関名：㈱イーウェル
③胃部X線検査、胃カメラの区別
④ その他オプション予約

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 予約日時 | 2014年　6月　9日　8時00分 | 健診機関名 | ○○○健康管理センター | |
| | | 健診コース | 一般健診A1コース | 人間ドックAコース |

| | |
|---|---|
| 健　保<br>通信欄 | **※オプション希望の場合は、□にチェックをして下さい。**<br>□ 胃カメラ希望<br>□ 婦人科検診　□ マンモグラフィー（乳房X線検査）□ 乳房エコー（超音波検査）<br>□ その他オプション検査（全額自己負担）<br>オプション名： |

（注）1. ご予約は2週間以上余裕をもって申し込んでください。
2.受診券発行手続きは、㈱イーウェル（インターネットでは「KENPOS」）へ行ってください。
3. 一部負担金と自己負担のオプション料金は、受診当日窓口でお支払いください。（受診券に記載）
4. 妊娠中、あるいは妊娠している可能性のある方は受診できません。
5. 胃カメラはX線との差額負担なしで受診できます。

上記により健康診断を申し込みました。

2014年　5月　26日　　氏　名　日触　太郎　印

記入例

＊ **予約後この申込書に必要事項を記入の上、健康推進室もしくは労務担当者まで提出して下さい。**