

| | | | |
|-----|------|-----|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | | |

受付年月日 年 月 日
(令和03.03改正版)

半 日
脳

ドック利用申込書

| | | | | |
|---------------------------|---|------------------------|---|-------|
| 被保険証 | 記: ○○ | 番号: ○○ | 性別 | 男性・女性 |
| 所属 | 調理部 | 部 ○○ 課 | 被保険者 | 帝国 太郎 |
| | (内線: ○○○○) | | 受診者氏名 | 扶養配偶者 |
| マイナンバー記入欄 | ※被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要 | | | |
| 生年月日 | S. ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (○○ 才) | | | |
| 利用者住所 | 〒 ○○ - ○○ 埼玉県 ○○市○○町○○○○1-2-3 希望病院を選ぶ | | | |
| 希望病院 (数字に○をしてください。) | 半 日 | 医療機関名 | | |
| | | 1 | 内幸町診療所 | |
| | | 2 | 八重洲総合検診センター | |
| | 脳ドック | 3 | 武蔵小金井クリニック | |
| | | 4 | いしせ脳神経外科クリニック(簡易・Aコース) (前回受診日 年 月 日) | |
| | | 5 | 浜松町メディカルクリニック (前回受診日 年 月 日) | |
| 6 | 内幸町診療所 (単独・Bコース) (前回受診日 年 月 日) | | | |
| 希望日 (第1・第2希望日をお入れください) | 1 | 令. ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ○ 曜日 | | |
| | 2 | 令. ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ○ 曜日 | | |

〔注〕

1. 利用申込は被保険者に限ります。
2. ドックを予約される方は健保組合へ直接ご連絡ください。
3. 入院希望日は第1、第2希望日まで記入してください。
4. 申込書は半日・脳ドックは7日前までに提出してください。
5. 本人負担金は下記の通りとなります。
予約確定後、問診表等をお渡りする日に健保組合に直接お支払いください。

〔個人情報の取り扱いについて〕
受診されます方の個人情報については、当健康保険組合の個人情報保護管理規程に準じて適正に管理し、情報漏えい等の防止に努めます。
個人情報ご提供の同意が得られない場合は、検診をご遠慮いただく場合がございます。
検診結果は、受診される医療機関より当健康保険組合へ送付されてからご本人様へのお渡しとなります。尚医療機関によっては検診時に医療機関との個人情報の利用について、ご同意いただく為の署名等がございます。予めご了承ください。

| | | | |
|-----------------|---------|--------|----------|
| * 半日ドック | 6,000円 | 〔扶養配偶者 | 12,000円〕 |
| * 脳ドック(いしせ)簡易 | 19,800円 | 〔扶養配偶者 | 19,800円〕 |
| * 脳ドック(いしせ)Aコース | 29,700円 | 〔扶養配偶者 | 29,700円〕 |
| * 脳ドック(浜松町) | 20,000円 | 〔扶養配偶者 | 20,000円〕 |
| * 脳ドック(内幸町)単独 | 22,000円 | 〔扶養配偶者 | 22,000円〕 |
| * 脳ドック(内幸町)Bコース | 31,900円 | 〔扶養配偶者 | 31,900円〕 |

上記の通り申込みいたします。

○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

氏 名 帝国 太郎

帝国ホテル健康保険組合 御中