

理事長	常務理事	事務長	事務次長	係

受付年月日

年 月 日

(令和07.03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	部 課								受診者氏名	被保険者														
	(内線:)									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 · H 年 月 日 (才)																							
利用者住所	〒 -																							
医療機関名																								
受診機関 数字に〇をしてください。	半日			1	帝国ホテルクリニック																			
	脳ドック [5年に1回のみ]			2	富永クリニック (前回受診日 年 月 日)																			
受診日				令和 年 月 日 曜日																				
<p>[注] 1. 利用申込は被保険者に限ります。 2. 受診日を記入してください。 3. 申込書は受診日の7日前までに提出してください。 4. 本人負担金は下記の通りとなります。 受診される日に<u>医療機関に直接お支払いください</u>。</p> <p>[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。 健診結果は、受診された医療機関よりご本人様へ郵送されます。 なお、医療機関によっては健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。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>* 半日ドック(帝国ホテルクリニック)</td> <td style="text-align: right;">10,000円</td> <td>[扶養配偶者</td> <td style="text-align: right;">12,000円]</td> </tr> <tr> <td>* 脳ドック(富永クリニック)フルコース</td> <td style="text-align: right;">30,500円</td> <td>[扶養配偶者</td> <td style="text-align: right;">30,500円]</td> </tr> <tr> <td>* 脳ドック(富永クリニック)シンプルコース</td> <td style="text-align: right;">19,000円</td> <td>[扶養配偶者</td> <td style="text-align: right;">19,000円]</td> </tr> </table>													* 半日ドック(帝国ホテルクリニック)	10,000円	[扶養配偶者	12,000円]	* 脳ドック(富永クリニック)フルコース	30,500円	[扶養配偶者	30,500円]	* 脳ドック(富永クリニック)シンプルコース	19,000円	[扶養配偶者	19,000円]
* 半日ドック(帝国ホテルクリニック)	10,000円	[扶養配偶者	12,000円]																					
* 脳ドック(富永クリニック)フルコース	30,500円	[扶養配偶者	30,500円]																					
* 脳ドック(富永クリニック)シンプルコース	19,000円	[扶養配偶者	19,000円]																					
上記の通り申込みいたします。																								
令和 年 月 日																								
氏 名 _____																								
帝国ホテル健康保険組合 御中																								

理事長	常務理事	事務長	事務次長	係

受付年月日

年 月 日

(令和07. 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								受診者氏名 (内線: ○○○○○)	被保険者	帝国 太郎	
										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 · H ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (○○ 才)											
利用者住所	〒 ○○○-○○○○ 大阪府 ○○区○○町 1-2-3											
医療機関名												
受診機関 数字に○を してください。	半日			1	帝国ホテルクリニック							
	脳ドック [5年に1回のみ]			2	富永クリニック (前回受診日 年 月 日)							
受診日				令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ○曜日								

〔注〕 1. 利用申込は被保険者に限ります。

2. 受診日を記入してください。

3. 申込書は受診日の7日前までに提出してください。

4. 本人負担金は下記の通りとなります。

受診される日に医療機関に直接お支払ください。

[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。

健診結果は、受診された医療機関よりご本人様へ郵送されます。

なお、医療機関によっては健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(帝国ホテルクリニック)

10,000円 [扶養配偶者 12,000円]

* 脳ドック(富永クリニック)フルコース

30,500円 [扶養配偶者 30,500円]

* 脳ドック(富永クリニック)シンプルコース

19,000円 [扶養配偶者 19,000円]

上記の通り申込みいたします。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○

氏名 帝国 太郎

帝国ホテル健康保険組合 御中