

人間ドック等利用申込書

人間ドック等の利用を下記内容にて申し込みましたので、手続きをよろしくお願ひいたします。

記

保険者番号	06280986	被保険者等 記号・番号	211 · 212-
健診者氏名	(男・女)		
生年月日	年 月 日		
住所	〒 一		
健診日	年 月 日	健診時年齢	歳
健診医療機関 (該当医療機関に○) (※1)	①姫路市医師会メデカルセンター	⑥神鋼記念病院 新神戸ドック健診クリニック	
	②姫路健診クリニック	⑦鈴木胃腸消火器クリニック(東京都港区)	
	③姫路中央病院	⑧西日本産業衛生会 北九州健診診療所	
	④たつの市民病院	⑨その他	
	⑤三栄会広畠病院	()	
健診項目 (該当項目に○) (※2)	①人間ドックのみ(オプション無)	④人間ドックのみ(オプション有)	
	②脳ドックのみ(オプション無)	⑤脳ドックのみ(オプション有)	
	③人間ドック+脳ドック(オプション無)	⑥人間ドック+脳ドック(オプション有)	
	⑦胃カメラのみ ※姫路中央病院でのみ健診可能		
	オプション記入(※3)		

(※1) 「⑩その他」の場合は、健診医療機関名をご記入ください。

(※2) 補助対象となる人間ドックについては、虹技健保ホームページ「健康づくりのための事業」の中の「人間ドック、脳ドック、節目ドック」をご参照ください。ご不明な点は、健康保険組合までお問合せください。

(※3) 健診項目で④~⑥の「オプション有」を選択された方は、オプション健診項目をご記入ください。

◎虹技健保内での個人情報保護法に基づく確認欄

健診結果は、本人とは別に、問診票と一緒に健保組合にも送付されます。

当健康保険組合では、健診項目及び問診票は、特定健診用として使用いたします。

被保険者分は、社内健診と同等の取扱いをいたします。

ご了承のうえ、健診者本人による署名・捺印をお願いいたします。

年 月 日

氏名

印

受付印	年 月 日決裁		
	常務理事	事務長	担当者

