

ドック利用申請書

常務理事	事務長		健保担当

発行 No.

※下段も必ず記入してください

被保険者が記入するところ	健診機関名		利用日	※前年利用月から1年経過しているものに限りです。 月 日 (曜日)	
	フリガナ		男・女	昭和 年 月 日生 (利用日現在年齢 歳) ※40歳以上が補助の対象です。	
	利用者氏名				
	ドック種別	※申請するドックに☑を入れてください。年度内にいづれか1回補助(1年経過後)。 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック(脳ドックの補助は被保険者のみです)		区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
上記の通りドック利用を申請いたします。 年 月 日 保険証記号-番号 — 被保険者氏名 勝又健康保険組合 殿					

----- 上下欄とも記入し、切り取らないでA4サイズのまま提出してください。 -----

被保険者記入 → 健保提出 → 健保押印 → 被保険者へ返送 → 健診機関へ提出

- 人間ドック
 脳ドック

利用通知書

〒260-0012
千葉市中央区本町2-2-10
勝又健康保険組合 印
TEL 043-227-2125

発行 No.

被保険者が記入するところ	健診機関名		利用日	月 日 (曜日)	
	フリガナ		男・女	昭和 年 月 日生 (利用日現在年齢 歳)	
	利用者氏名				
	住所	〒 — TEL ()		区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者

以下の欄は、健診後に健診機関が証明してください。

健診機関 証明欄	上記、人間ドック・脳ドック 検査は 年 月 日 終了しました。 印
-------------	--

健診機関 殿 健診料請求書に成績表及びXMLデータとこの通知書を添付して当組合にお送りください。

健保組合負担 = 15,000円 + 消費税

本人窓口負担 = 健診料から健保組合負担額(15,000円 + 消費税)を控除した差額分