

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 | 健保人間ドック病院 | 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。 9月6日(月曜日) 日帰り・1泊 | |
| | フリガナ | ケンポ タロウ | 男 ・ 女 | 昭和 | |
| | 利用者氏名 | 健保 太郎 | | 53年4月1日生 (利用日現在年齢 42歳) <small>※40歳以上が補助の対象です。</small> | |
| | ドック種別 | ※申請するドックに☑を入れてください。年度内にいずれか1回補助(1年経過後)。 <input checked="" 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 checked="" 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。 令和3年8月10日 保険証記号-番号 3 - 1234 被保険者氏名 健保 太郎 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 -----

- 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 | 健保人間ドック病院 | 利用日 | 9月6日(月曜日) 日帰り・1泊 | |
| | フリガナ | ケンポ タロウ | 男 ・ 女 | 昭和 | |
| | 利用者氏名 | 健保 太郎 | | 53年4月1日生 (利用日現在年齢 42歳) | |
| | 住所 | 〒 000 - 0000 TEL 000 (000) 0000 千葉県千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3 | | 区分 | <input checked="" 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。 <div style="text-align: right;">印</div> |
|-------------|---|

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下さい。

健保組合負担 = 30,000円 + 消費税

本人窓口負担 = 健診料から健保組合負担額(30,000円 + 消費税)を控除した差額分