

## 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	
	利用者氏名			(利用日現在年齢 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 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
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 -----

- 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	
	利用者氏名			(利用日現在年齢 歳)	
	住所	〒 — TEL ( )			区分

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