

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			日帰り ・ 1泊	
	利用者氏名		男・女	昭和	年 月 日生 (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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 保険証記号-番号 _____ <div style="text-align: right;">被保険者氏名 _____</div> 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			日帰り ・ 1泊	
	利用者氏名		男・女	昭和	年 月 日生 (利用日現在年齢 歳)
	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	上記、人間ドック・脳ドック 検査は 年 月 日 終了しました。
証明欄	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下さい。

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