

## 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

<b>被保険者が記入するところ</b>	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 46 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 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6 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. \_\_\_\_\_

<b>被保険者が記入するところ</b>	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 46 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 = 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