

常務理事	事務長	事務長補佐	担当者

※ [] に記入してください。

令和 [] 年 [] 月 [] 日

人間ドック申込書

京都自動車健康保険組合 御中

事業所名 []
(任意継続者は不要)

被保険者記号番号 [] - []

被保険者氏名 []

フリガナ []
1 受検者 氏名 []
生年月日 []

昭和 []
平成 []

年 [] 月 [] 日

□にチェック(☑)

2 検診項目 *ホームページの一覧表参照
(予約された検診項目欄に○印)

検診項目	人間ドックコース名	窓口支払額	
		被保険者	家族・任継
	一泊ドック	労安健診費用+¥15,000	¥25,000
	外来ドック	労安健診費用	¥10,000
	外来ドック+脳MRI	労安健診費用+¥10,000	¥20,000
	脳MRIドック	¥10,000	
	脳ドック	¥18,000	
	PET健診(御池クリニック)	¥95,500	
	外来ドック+PET(武田病院)	¥79,000	

(予約された検診項目欄に○印)

検診項目	胃部検査
	バリウム
	胃カメラ

検診項目	婦人科検査
	子宮がん検査
	乳がん検査

* 医療機関によっては一部自己負担金あり

- * 被保険者(任意継続を除く)の労働安全衛生法に定める健診費用分は事業主負担となります。
- * 被保険者は後日送付する「利用券」に記載された**労安健診費用と必要に応じた本人負担額を受検日当日に**受検医療機関へお支払いください。
- * 労安健診費用の精算等については、事業所担当者へご相談ください。

3 受検医療機関名称

[]

4 受検年月日

令和 [] 年 [] 月 [] 日 ([] 曜日)

- ・必ず受検医療機関へ事前に受診日等の予約をしてからこの申込書を提出してください。
- ・記入された検診項目等と予約内容の相違が散見されますので正確に記入してください。
- ・**検診の補助は年度内(4月1日~翌年3月末)に1回のみとなります。また、補助対象は35歳以上の加入者に限ります。**
- ・検診結果から生活改善が必要と思われる方は特定保健指導を受ける必要があります。特定保健指導に要する費用は、全額当健康保険組合が負担します。

※ 検診結果表の受け取りに係る同意について

受検者の検診結果を当健康保険組合が受け取ることにより、データヘルス計画に基づく健康調査や疾病の分析等を実施します。当該情報は、あなたの健康管理ならびに当組合の保健事業に役立てることを目的とし、それ以外には一切使用いたしませんので、受け取りに係る同意の署名をお願いいたします。

京都自動車健康保険組合が受検医療機関から私の検診結果を受け取ることに同意します。

受検者氏名(自署)

[]