

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

証記号・番号

—

被保険者氏名

㊞

下記の健診を受けたく申し込みいたします。

1 受診者名

生年月日

年

月

日

住所

〒

—

電話番号

()

—

2 健診項目(予約されている健診項目に○印を付記してください)

| 健診項目 | 人間ドックコース名 | 自己負担金 |
|------|-----------------|---------|
| | 一泊ドック | ¥25,000 |
| | 外来ドック | ¥10,000 |
| | 外来ドック+脳MRI | ¥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) | ¥82,600 |
| | 外来ドック+PET(武田病院) | ¥77,200 |

オプション検査(*)

| 健診項目 | 婦人科検査 |
|------|--------|
| | 子宮がん検査 |
| | 乳がん検査 |

| 健診項目 | 胃部検査 |
|------|------|
| | バリウム |
| | 胃カメラ |

*受診機関によっては一部自己負担金あり
(一覧表参照)

3 受診健診機関名

4 受診年月日

年

月

日

(曜日)

- ・ 事前に受診健診機関へ予約してから人間ドック申込書を提出してください。
- ・ 健診等の補助は年度内(4月1日~翌年3月末)に1回のみとなります。
- ・ 健診結果から生活改善が必要と思われる方は保健指導(特定保健指導)を受ける必要があります。(全額健保組合負担)

* 申し込みいただいた方の健診結果を受け取ることにより、データヘルス計画に基づき健康調査や疾病の分析等を実施し、あなたの健康管理ならびに保健事業に役立てることを目的とし、それ以外には使用いたしません。

なお、個人情報の取り扱いについては、当組合のホームページ等でご確認ください。