

受診者1名につき1枚の申込書となります。ご夫婦で受診の場合等、コピー等で対応をお願いします。

【 健康保険組合 行 】

新電元工業健康保険組合

## 人間ドック・脳ドック受診申込書

※人間ドック・脳ドック等(オプション検査含む)の受診は、検査結果等個人情報を健康保険組合が保有することを承諾した上で申込みます。

健診機関名		受診日	平成 年 月 日
-------	--	-----	----------

事業所名		所 属			
		電 話		内線( )	

被保険者証 記号・番号	—	フリガナ			
		被保険者氏名			

自宅住所	〒	自宅Tel ( )		
------	---	-----------	--	--

フリガナ	続柄	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男・女
受診者名					

人間ドックコース・メニュー					
申込	検査項目		申込	検査項目	
	人間ドック(1泊・入院)	※		胸部CT	
	人間ドック(1日・日帰り・半日)	※		腹部CT	
	大腸がん	※		頭部CT	
	子宮がん・卵巣がん	※		骨密度(骨粗鬆症)検査	
	乳がん(マンモグラフィ・エコー)	※		脳ドック(オプション)	※
	前立腺がん	※	備考		
	肺がん				
	胃部検査(胃カメラ)				

\*申込をした検査項目に○印を付けて下さい。

\*メニューに無い場合は、備考欄に検査項目を記載願います。

※印は、健保補助対象検査項目です。

申込欄	脳ドック単独(脳ドックのみ)受診	※
-----	------------------	---

\*脳ドックのみを受診する場合、申込欄に○印を付けて下さい。以下記載(署名含)は不要です。

注)①受診日を変更する場合は、各自にて直接医療機関と調整願います。(変更した場合は、健保組合へ必ず連絡下さい)

注)②控えが必要な方は、各自コピー等で対応願います。

I、II どちらかに○印を付けて下さい。

I. 人間ドックのみを申込みます。(会社での定期健診は別に受診します) …以下の記載(署名含む)は不要です。

※被扶養者の方は、I. での人間ドック申込みのみです。

II. 定期健診を含む人間ドックを申込みます。(会社の定期健診は受けません) …以下の開示同意書に必ず署名願います。

※日程変更等により受診期限を過ぎた場合、I. となりますので、会社で定期健診を受けて頂くこととなります。

健康保険組合 経由 事業主 殿

## 人間ドック受診結果 開示同意書

「受診申込書及び医療機関からの受診結果等について、健保組合より会社へ送付(開示)することに同意します。

申 込 日 平成 年 月 日

事業所名

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_