

**被扶養者
(家族)**

(C) 人間ドック利用申込書・受診券

※健保連契約健診機関で受診する場合

個人情報及び検査結果の取り扱い(健康指導・管理のため、健康保険組合・診療所等に結果が送付されること等)に同意し、下記の通り健保連契約健診機関の人間ドック受診を申し込みます。

※健診の際は、健康保険を使用できません。

申請日 西暦 年 月 日

受	被保険者等 記号・番号	記号	番号	受診者氏名	フリガナ	
	受診者の 生年月日	* 当年度末3月31日現在の年齢を記入して下さい 西暦 年 月 日 (歳*)			性別	受診者の 連絡先
診	受診者の 現住所	〒 -			受診日当日はJSR健 保の被扶養者である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ 人間ドック利用申込出来ません
	受診状況	* 今年度(4月～翌年3月)の健康診断受診状況にチェックしてください。				
		① 特定健診受診券 <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) → 人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)				
		② 巡回レディース健診 <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) → 人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)				
③ 健保連契約健診機関以外の人間ドック <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) → 人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)						
者	オプション検査	④ 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 受診した(受診予定) → 人間ドック利用申込出来ません <input type="checkbox"/> 受診していない(未受診予定)				
		※脳ドック、乳がん、子宮がん、卵巣がん検査は補助の対象外です。 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡(基本検査項目のバリウムから胃カメラに変更を希望) <input type="checkbox"/> PSA検査(男性のみ) <input type="checkbox"/> HCV抗体検査 <input type="checkbox"/> その他()				
健診機関名				受診予約日	西暦 年 月 日	
被保険者	被保険者氏名				被保険者の 連絡先	

保険者	組合名	JSR健康保険組合	組合所在地	〒510-8552 三重県四日市市川尻町100番地	連絡先	059-345-8004
-----	-----	-----------	-------	------------------------------	-----	--------------

【注意事項】

- ・健保連契約の人間ドックコース内容の一部をキャンセルすることは出来ません。全ての項目を受診願います。
- ・この申込書は受診日の1ヶ月前までに、健保組合へ申請下さい。
(在職者(TLS、MBL、MBLM、G&Gは除く)が社用PCからCELfで申請。TLS、MBL、MBLM、G&G、任意継続者は紙で郵送。)
- ・健保組合へ申込後に「健保受付日」を記載した「利用申込書・受診券」を健保組合から送付致します。
- ・「健保受付日」の無いものは、無効です。
- ・健診当日にJSR健保組合の被扶養者で無い方は受診できません。

【健診機関へのお願い】

- ・人間ドック(脳ドック、乳がん、子宮がん、卵巣がん以外のオプション検査費用含む)費用は
全額健康保険組合へご請求ください。
- ・オプション検査は、健診機関において請求書に項目・金額を明記願います。
- ・人間ドック項目全ての、XMLデータを請求書と併せてご送付願います。

健保受付日

(R7.10)

◎健保処理欄

●人間ドック(5-1-4-3)	
費用(オプション含)	円
補助額	円 家族: 上限10,000円(税込)

健診機関支払額	連絡
	円 担当:
被保険者請求額	円