

事業主確認印

人間ドック利用申込書

※注意事項をよく読んで記入して下さい。

日本レストランエンタプライズ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

ドック受診データを健康保険組合へ送付・保管されることを確認の上で、下記の通り利用申請します。

保険証番号	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ	㊟
所属 事業所名	会社名			Tel	(日中に連絡可のお電話番号)

ご利用の方（ドック受診希望者）について

↓保険証をご確認ください

氏名	区分	性別	年齢	受診者様の生年月日	資格取得年月日 認定年月日
フリガナ	本人 家族	男 女		昭和 年 月 日	平成 年 月 日 令和 年 月 日
住所				〒 ー	ドック受診 予定日

ドック受診予定施設

整理NO.	契約区分	ドック健診施設名	オプション検査 ※個別契約のみ	ドック料金額
	個別契約 健保連契約 (指定病院)		胃カメラ 乳がん検診 子宮がん検診	円

※注意事項

- 利用申込書を提出される人は、原則として事業主を経由して下さい（任意継続被保険者を除きます）。
- 利用申込書は、受診予定日の20日前までに提出をお願いします。
- 人間ドック受診資格を有する対象者は下記の事項にいずれも該当する方です。
 - 人間ドック申込み時・受診日・結果判定日のいずれにおいても当健保組合の資格を有している方。
 - ドック受診（予定）日において、当健康保険組合の加入期間が継続して6ヶ月以上の方（転勤・退職・身分変更・任継取得により同日の資格喪失・取得が生じた場合は、前後の期間を通算して6ヶ月以上の方は可）。
 - ドック受診日において、満40歳以上のご年齢の方。

(4) ドック一部負担金（利用申込書の提出と同時に、以下の一部負担金額をお支払い願います）

被保険者（本人）	11,000円	被扶養者（家族）	16,000円
----------	---------	----------	---------

◇一部負担金の支払い方法

①現金書留封筒に一部負担金と利用申込書を封入して、健保組合へ直接郵送する。
②一部負担金を下記の口座に振込み手続きを行うと共に、利用申込書を健保組合へ郵送する。 みずほ銀行 稲荷町支店（支店番号 090） 普通口座2021043 日本レストランエンタプライズ健康組合

(5) オプション検査

当健康保険組合は個別契約病院でのドック受診について、以下のオプション検査（胃カメラ・乳がん・子宮がん）の補助をいたします。健保連契約病院については基本ドック検査のみの補助になります。

契約区分	オプション検査に対する補助の有無
個別契約病院	上限額の範囲内で、基本検査プラス胃カメラ・乳がん・子宮がん検診の3種類の検査に対して補助あり。
健保連契約病院（指定病院）	オプション検査に補助は無し（基本検査のみを補助）。