

# 人間ドック利用申込書

# 見本

※注意事項をよく読んで記

申込書を各事業所にて確認した日を提出日とします。

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 5 年 4 月 15 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	アールサカ イーオ
	1	50002		R坂 E男	
所属 事業所名	会社名	保険証記載の事業所名です。			(日中に連絡可のお電話番号)
	㈱日本レストランエンタプライズ	Tel	080-0000-1111		

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 アールサカ エルコ	本人	男	42	昭和 46年 12月 7日	平成 5年 4月 1日
R坂 L子	家族	女			
住 所	〒000-0000 東京都港区泉岳寺西1-3-3			ドック受診 予 定 日	令和 5年 10月 17日

ドック受診予定施設

整理N O.	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
13	個別契約	オリエンタル上野健診センター	胃カメラ 乳がん検診 子宮がん検診	49,350 円
	健保連契約 (指定病院)			

予約電話の際に病院から合計料金をご確認の上、こちらにご記入ください

## ※注意事項

- 利用申込書を提出される人は、必
- 利用申込書は、受診予定日の20
- 人間ドック受診資格を有する対象  
①人間ドック申込み時・受診日・結果判定  
②申込み日において、当健康保険組合の加  
日の資格喪失・取得が生じた場合は、前  
③ドック受診日において、満40歳以上のご年齢の方。

予約電話時に、ドックの合計料金をお聞きになりご記入ください。補助対象(胃カメラ・婦人科)のオプション以外の検査(例:脳・肺ドックなど)を加えたことで、上限額を超えた場合は、金額欄の下部にその旨をお書き下さい(例:「脳ドック8千円窓口払い」)。

り同

- 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

- 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、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)。