

様式第1号

承認日	月	日
送付日	月	日

常務理事	事務長		主任	担当者

承認番号	<h2 style="text-align: center;">「人間ドック」利用申請書</h2>			
第 号				
鉄道弘済会健康保険組合 常務理事 殿	事業所名	〇〇〇〇〇(株)		
令和〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者記号番号	〇〇〇	〇〇〇〇〇	
	被保険者氏名	健保 太郎		
	取得日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日 令和	
下記のとおり「人間ドック」を利用したいので申請します。 また、健診結果について、受診医療機関から健保組合へデータ提供されることに同意します。 ※注5				
病院名	〇〇〇〇〇健診クリニック	利用月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
利用者氏名	フリカ ^ナ ケンポ タロウ	続柄・性別	本人	男・女
	健保 太郎	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日
住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇	電話	(〇〇)	
	〇〇県〇〇市〇〇町〇 - 〇 - 〇	番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	

- (注1) この申請書は、予約申し込み後、受診日の2週間前までに、事業所経由で健保組合へご提出ください。
- (注2) 契約医療機関で受診する方には「人間ドック利用承認書」を送付しますので、当日医療機関へご提出ください。
- (注3) 遠隔地等で契約医療機関でない医療機関で受診する方には、承認後「人間ドック還付金請求書」を送付しますので、当日は費用全額を支払い、後日、手続きを行ってください。
- (注4) 基本検査のうち、キャンセルを希望する項目がある場合は、その項目をキャンセルしてよいか事業所へご確認ください。
- (注5) ご同意いただけない場合、健保補助利用での受診ができない場合がありますので、健保組合へご連絡ください。

【 事業主記載欄 】

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。