

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>「人間ドック」利用申請書</h2>			
第 号				
<p>&lt;ご注意ください&gt; 医療機関を受診の際、健保から送付される「人間ドック利用承諾書」を提出しないと補助が受けられませんので、余裕をもって利用申請書を提出してください。</p>				
鉄道弘済会健康保険組合 常務理事 殿		事業所名		
令和 年 月 日		被保険者記号番号		
		被保険者氏名		
		取得日	年	月 日
<p>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</p>				
病院名		利用月日	令和	年 月 日
利用者氏名	フリカ <sup>ナ</sup>	続柄・性別		
		生年月日	年	月 日
住所	〒	電話	(	)
		番号		

- (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「人間ドック利用承諾書」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。