

様式③-1

本件下記により医療機関に申し込んでよろしいか。					備 考
常務理事	事務長	課長	係長	担当者	

健 保 連 人 間 ド ッ ク 受 診 申 込 書

〔 健保連と当健康保険組合が契約している健診機関専用の申込用紙です。
東振協の健診機関で受診の場合は、「様式③-2」をご使用ください。 〕

★35歳以上（誕生日が平成2年3月31日以前の方が対象となります）

西日本パッケージング健康保険組合

下記のとおり人間ドックを予約のうえ補助金を申込みます。併せて、今回の健診結果を貴組合が実施する保健指導などの保健事業に利用することにも同意します。

申込日： 年 月 日

事業所名称			
事業所・営業所 工場の所在地	〒 ー	TEL	
被保険者氏名		被保険者等 記号ー番号	ー

本人 が 受 診 の 場 合	フリガナ		男・女	昭和・平成 年 月 日 生 (歳)
	受診者名			
	受診者住所	〒 ー	TEL	
	予約健診機関名		TEL	
	健診日	年 月 日		
子宮がん・乳がん 検診（全額補助）	子宮がん ・ 乳がん （申込みされる場合は「○」で囲んでください）			

家 族 が 受 診 の 場 合	フリガナ		男・女	昭和・平成 年 月 日 生 (歳)
	受診者名			
	受診者住所	〒 ー	TEL	
	予約健診機関名		TEL	
	健診日	年 月 日		
子宮がん・乳がん 検診（全額補助）	子宮がん ・ 乳がん （申込みされる場合は「○」で囲んでください）			

注1:補助金について

- ① 35歳以上の被保険者（本人）・被扶養者（家族）に対し、年度内に1回「上限25,000円」を補助します。
- ② 人間ドックの費用が補助金額に満たない場合は、当該人間ドックの費用を上限として補助します。
- ③ 同一年度内に他の健診を受診した（する）場合、補助はできません。

注2:一部負担金について

- ① 受診後、事業所へ請求（受診費用から25,000円を引いた額）します。※被扶養者（家族）分も事業所へ請求します
- ② 子宮がん検診（頸部細胞診）、乳がん検診（エコーまたはマンモ（+視触診））は、全額補助です。
- ③ その他のオプション検査は、当日窓口でお支払いください。

受 付 印

※ 家族のみが受診の場合は、下記記入不要です

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

* この申込書のためにご提供いただいた個人情報及び健診結果は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはありません。