

様式③-2

本件下記により医療機関に申し込みの届出がありましたので報告します。					備考
常務理事	事務長	課長	係長	担当者	

東振協 人間ドック（D1コース）予約連絡届

（東振協の健診機関専用の届出用紙です。
健保連と当健康保険組合が契約している健診機関で受診の場合は、「様式③-1」をご使用ください。）

★35歳以上（誕生日が昭和61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の予約をしましたので届出します。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	〒 -	TEL	
被保険者氏名		被保険者証 記号 - 番号	

本人 が 受 診 の 場 合	フリガナ		男・女	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	受診者名		印	
	受診者住所	〒 -	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 (歳)
	受診者名		印	
	受診者住所	〒 -	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回補助します。
- ② 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 健診機関の窓口で、当日、一部負担金「12,300円」をお支払ください。
- 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も、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、下の事業主氏名・押印などはいりません

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

* この届出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ございません。