

(この用紙はコピーしてご利用ください。)

令和3年度

組合補助申請書 (人間ドック)

記号			
事業所名		担当者名	
所在地	〒 -	電話番号	- -
コード		健診機関名	

受診予定者一覧

No.	種別	番号	ふりがな 氏名	生年月日	性別	区分	受診日
1	日帰り ・ 一泊			昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	本人 ・ 配偶者	令和 年 月 日
2	日帰り ・ 一泊			昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	本人 ・ 配偶者	令和 年 月 日
3	日帰り ・ 一泊			昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	本人 ・ 配偶者	令和 年 月 日
4	日帰り ・ 一泊			昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	本人 ・ 配偶者	令和 年 月 日
5	日帰り ・ 一泊			昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	本人 ・ 配偶者	令和 年 月 日

<申込みの流れ>

①契約健診機関に予約する。→ ②組合補助申請書を当組合へ提出する。→ ③受診する。

- 申請書は、健診機関ごとに記入してください。1枚の申請書で複数名の申請が可能です。
種別、生年月日の元号、性別、区分欄は、それぞれ該当するものに○をしてください。
- 従来発行していた「利用券」を廃止しました。受診当日は、**被保険者証**を健診機関の窓口にご提出ください。

<令和3年度の組合補助対象者>

- 年度末に30歳、35歳、40歳、45歳、50歳以上になる被保険者・被扶養者である配偶者
詳細については、当組合ホームページをご参照ください。
- 組合補助が受けられるのは、年度内（令和3年4月1日～令和4年3月31日）に1回です。
巡回健診、施設健診、婦人健診、人間ドック、特定健診について重複受診したことにより、
組合補助が重複した場合は、後に受診したものに対する組合補助について返還請求いたします。

<受診者負担額について> ※「契約健診機関一覧表」に記載している契約料金は税別です。

契約料金(税込) - 18,000 = 受診者負担額

注意

- 申請書に記載された個人情報は、人間ドックの受診手続きのためにのみ利用します。
- 健診結果は、健診機関への支払い、統計の作成及び健診後の事後指導などに不可欠なため当組合へ報告されます。
- 個人情報保護の取扱いについては、当組合ホームページをご覧ください。